FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

1

LES MANIFESTATIONS DIGESTIVES DE L'ALLERGIE A CANDIDA ALBICANS ET A LA TUBERCULINE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Le 4 Janvier 1962

par

Charles SYMPHORIEN
né le 25 décembre 1934 à Saïgon (Sud-Viet Nam)
Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

EXAMINATEURS

M. le Professeur POINSO — *Président*

MM. les Professeurs

RECORDIER
CHARPIN — *Assesseurs*
SARLES

IMPRIMERIE LOUIS-JEAN — GAP

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LES MANIFESTATIONS DIGESTIVES DE L'ALLERGIE A CANDIDA ALBICANS ET A LA TUBERCULINE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Le 4 Janvier 1962

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

par

Charles SYMPHORIEN

né le 25 décembre 1934 à Saïgon (Sud-Viet Nam)

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

EXAMINATEURS

M. le Professeur POINSO *Président*

MM. les Professeurs

RECORDIER
CHARPIN } *Assesseurs*
SARLES

IMPRIMERIE LOUIS-JEAN — GAP

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : G. MORIN — Assesseur : J. DELPHAUT
Secrétaire Principal : P. MOUCHET
Secrétaire Principal Honoraire : J. COMTE
Bibliothécaire : Mlle PERRIN.

PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, CHAUVIN, JOYEUX, MATTEI, MOIROUD, MONGES, RIMATTEI, ROCHE.

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie appliquée et Chirurgie expérimentale	HENRY
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Biochimie médicale	LISSITZKY
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie	DUMAZERT
Chimie analytique	ARNOUX
Chimie Médicale	DERRIEN
Chimie Minérale	MOURGUE
Clinique chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique chirurgicale	LAMY
Clinique chirurgicale	DE VERNEJOUL
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	SALMON
Clinique de chirurgie thoracique	DOR
Clinique d'endocrinologie	VAGUE
Clinique Exotique	BLANC
Clinique des maladies du système nerveux	CREMIEUX
Clinique médicale	POINSO
Clinique médicale	AUDIER
Clinique médicale thérapeutique	OLMER
Clinique des maladies infectieuses	RAYBAUD
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	RECORDIER
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique Obstétricale et Gynécologique	CHOSSON
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	APPAIX
Clinique de Stomatologie	MARONNEAUD
Clinique d'Urologie	N.
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine Sociale	SAUTET
Matière Médicale	BALANSARD
Médecine expérimentale	DONNET
Médecine Légale et Médecine du travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	LENA
Pathologie interne	MONGES H.
Pharmacologie	MERCIER
Pharmacie chimique et toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physiopathologie des voies respiratoires	LAVAL
Physique médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROUX, GREBUS, MERCIER J.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. BERNARD P.	MM. CRISTAU	MM. GAMBARELLI	MM. PAYAN
BOURRET	DEPIEDS	GEVAUDAN	STAHL
CORRIOL	DESANTI	PASTOR	TAMALET

AGREGES EN EXERCICE

MM. BERARD	MM. COMITI	MM. LEGRE	MM. SERMENT
BERNARD R.	DALMAS	MOUREN	SIMONIN
BONNAL	DEVIN	ORSINI	TEMIME
CHARPIN	FARNARIER	REBOUD	TRIFAUD
CHAUVIN	GERARD	SARLES	

AGREGES LIBRES

MM. BERTHIER	MM. GRANJON	MM. OLLIVIER	MM. PAOLI
FIGARELLA	IMBERT	OURGAUD	

CHARGES DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCE

Physiologie ..... M. ZWIRN

CHARGES DES FONCTIONS D'AGREGES

Clinique des maladies du système nerveux	MM. BOUDOURESQUE
Clinique de Stomatologie	LACHARD
Médecine Légale	GRAS

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MES CHERS PARENTS à qui je dois tant.

A MON FRERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. LEGENDRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. LAVIRON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POINSO

qui nous a fait l'honneur d'accepter la Présidence de notre jury de thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RECORDIER

qui nous enseigne notre spécialité.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE CHARPIN

avec toute ma gratitude.

A NOTRE MAITRE

LE PROFESSEUR AGREGE SARLES

qui nous a fait l'honneur de nous confier ce sujet et qui s'est dévoué sans limites pour nous aider.

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR ROGER SARLES.

Nous n'oublierons jamais que c'est vous qui nous avez inspiré le goût de la Gastro-Enterologie.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547003_0010

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL SAIN-JOSEPH DONT J'AI EU L'HONNEUR D'ETRE L'EXTERNE OU L'INTERNE :

Monsieur le Docteur AUBANEL

Monsieur le Docteur BELLON

Monsieur le Docteur FIAT

Monsieur le Professeur HENRY

Monsieur le Docteur MARCORELLES

Monsieur le Docteur ROUSSEL.

A TOUS MES AMIS DE L'INTERNAT QUE JE VOUDRAIS POUVOIR CITER TOUS

EN PARTICULIER A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES MORTS POUR LA FRANCE.

Jacques VILLARET, qui fut mon premier Interne.

Jean COULOMB, dont je fus l'ami.

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

Jean AUBERT

Michel BLANC

André ZAFIROPOULO

DONT L'AIDE NOUS FUT PRECIEUSE ET DEVOUEE

A TOUTES LES PERSONNES QUI NOUS ONT AIDE DANS L'ELABORATION DE CE TRAVAIL.

QU'ELLES EN SOIENT REMERCIEES.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

I. L'ALLERGIE TUBERCULINIQUE

R. Marie-Louise, 43 ans, institutrice, entre le premier février à l'Hopital.

Antécédents héréditaires : père décédé à quatre vingt-neuf ans, mère morte de méningite ; a une sœur en bonne santé, mais en a perdu trois de maladies inconnues.

Antécédents personnels : Rougeole à quatre ans, oreillons à huit, pleurésie à dix-sept ans. Depuis cette date, bronchites répétées. A trente-cinq ans, laryngite diphtérique.

A l'age de trente-neuf ans, palpitations douloureuses et sueurs froides, pour laquelle la malade est soignée à l'hopital de Milan. A la même époque, 1 hémoptysie.

Depuis cette date, la malade se plaint de céphalées, de palpitations douloureuses, de bouffées de chaleur, d'anorexie, de gastralgies, de diarrhée (deux à trois selles par jour).

A l'examen, on retrouve une hypertrophie du corps thyroïde, une loquacité, une instabilité du caractère, une émotivité exagérée, un tremblement des extrémités. L'examen pulmonaire révèle : points douloureux à droite et en bas ; toux fréquente, expectoration mucopurulente. A la base droite rales sous crépitants et crépitants. La température oscille entre 37 et 38°.

En résumé, malade dont le passé présente une pleurésie à 17 ans, puis des bronchites, puis une hemoptysie, qui entre à l'hopital avec un syndrome basedowien presque complet, un mauvais état général, de la laryngite, des phénomènes congestifs du sommet droit et des bases, de la fièvre entre 37 et 38°. Il s'agit d'une tuberculeuse avec lésions plus toxiques que folliculaires et qui après une pleurésie, au cours de ses bronchites, de son hemoptysie et de sa laryngite, voit s'accentuer des troubles nerveux et thyroïdiens : "J'affirme que le syndrome de Basedow est fonction de tuberculose, que le basedowien est un tuberculeux avéré ou latent et qu'il faut le soigner comme tel".

Le premier février dont il est question à la première ligne de notre texte est celui de l'année 1914, l'hopital dont il s'agit est celui de la Conception à Marseille, le service celui du Docteur Pagliano, le rapporteur de cette observation et signataire de l'hypothèse hardie qui la termine est le Professeur Victor Audibert, médecin des Hopitaux de Marseille ; et cette observation prise à l'époque par le docteur Périot a été publiée dans Marseille-Médical du mois de mai 1914.

Elle fait suite à une note du professeur Audibert publiée trois mois plus tôt dans la même revue :

"Cette simple note destinée à prendre rang constitue la synthèse de nombreux documents que j'accumule depuis plusieurs années sur deux états encore catalogués névrose :

1/ La maladie de Basedow, ou mieux le tempérament thyroïdien (qui va du myxoédème au goitre exophtalmique en passant par une infinité de nuances) est fonction de Tuberculose.

2/ L'hystérie ou mieux le tempérament hystérique (qui va de la crise épileptiforme au nervosisme en passant par une infinité de nuances) est fonction de Tuberculose.

Le terme de Névroses doit disparaître du vocabulaire médical, c'est un mot qui masque notre ignorance".

Dix-sept ans plus tard, dans la Vie Médicale du 10 octobre 1931 il précisait ses idées. Ecoutons-le :

"Je soigne une famille dont l'histoire est la suivante :

Grand mère paternelle morte à trente deux ans bacillaire ; grand père maternel mort à cinquante six ans, bacillaire, père mort à cinquante sept ans de tuberculose pulmonaire ; mère vivante, enphysémateuse, bronchitique, asthmatique. Sept enfants dont un mort de méningite bacillaire, un du croup ; cinq enfants vivent, tous nerveux, émotifs mais équilibrés. Sur ces cinq enfants, un est atteint de coxalgie suppurée, un autre de néphrite hématurique, un troisième de myxoédème fruste ; les deux autres sont cliniquement exempts. Dans cette famille (et c'est là que je voulais en venir), la mère, un oncle et deux enfants, sont de grands anaphylactisants, de grands urticariens. Un des enfants dont la sensibilité physique et morale est exquise présente une telle idiosyncrasie que la moindre dose médicamenteuse réagit sur son organisme d'une façon excessive et désordonnée.

"Oui je pense, malgré que la preuve clinique et humorale échappe le plus souvent, je pense que le tempérament anaphylactisant, (car il faudra bien décrire le tempérament de l'anaphylactique) est fonction de bacillose, proche parent du tempérament lymphatique et du tempérament hystérique (bien que dans ces deux derniers, les manifestations cliniques soient plus accentuées).

On comprend ainsi l'enthousiasme de la lettre que le Professeur Audibert adressa à René Burnand, chargé de cours à l'Université de Lausanne et ancien directeur des Sanatoria de Leysin et Helouan. Cette lettre est rapportée dans l'ouvrage de Burnand : "Le problème des Tuberculoses Atypiques" (1946) et elle reprend en les développant les idées du maître marseillais qui lui dit :

"J'estime donc que plus on s'aventurera dans ce domaine de la bacillose, et plus on sera stupéfait de l'immense chapitre que vos idées laissent entrevoir et qui est loin d'être épuisé".

Il est regrettable que le maître marseillais se laisse trop facilement et trop souvent emporter par son lyrisme pour que ses idées puissent être prises au sérieux.

Burnand d'ailleurs ; dés 1938, avait publié un livre traitant des syndromes d'imprégnation tuberculinique. Il écrivait notament :

"Quand au système digestif, il est généralement le siège de désordres chroniques qui sont très souvent au premier plan du tableau clinique : manque d'appétit, digestions lentes ou douloureuses ; malaises abdominaux mal définis qui ont fait croire à l'existence d'un ulcère gastrique, à une appendicite chronique. Souvent le malade porte la trace d'une opération abdominale : on

a extirpé naguère un appendice "un peu long", coudé, adhérent... et les troubles ont persisté après l'intervention. La constipation est habituelle avec son cortège de malaises : extrémités froides, migraines, insomnies.

"L'organe sur lequel les patraques accumulent leurs griefs, c'est le foie. Ils semblent s'être tous donnés le mot. Ils se croient et se disent atteint d'insuffisance hépatique. Mais les régimes, les séjours dans les cliniques diététiques n'ont guère réussi à corriger la paresse de cet organe".

La synthèse des travaux de Burnand paraissait donc en 1946 dans son ouvrage : "Le problème des Tuberculoses atypiques" ; dans lequel il définissait L'Etat Bacillaire Chronique, et ce de la manière suivante :

a) débilité et asthénie chronique ; état valetudinaire remontant généralement à l'enfance et prédominant dans le sexe féminin ;

b) Fébricules prolongées durant des mois et des années, (dans quelques cas apyrexie) ;

c) présomption de tuberculose basée soit :

- sur la notion d'une infection familiale ;

- soit sur des stigmates cliniques ou radiologiques ;

- soit sur des épisodes discrets tels que pleurésie intercurente, infiltrats fugaces...

d) bénignité habituelle quoad vitam ;

e) absence, durant toute la période d'état de tout foyer de tuberculose ouverte ou manifeste susceptible d'expliquer le tableau clinique (la signature plus ou moins tardive du syndrome par l'apparition d'un foyer bacillaire n'étant nullement exclue) ;

f) absence de toute maladie, toxemie ou infection d'une autre nature ;

g) Concommitance habituelle d'une foule de troubles constitutionnels mal définis, variables et d'intensité inégale, tels que perturbation de l'équilibre endocrino-sympathique, hypérallergie à l'égard de divers allergènes, migraines, anomalies mentales pouvant aller jusqu'à réaliser certains syndromes psychopathiques, fragilité des muqueuses respiratoires, asthmes, dyspepsie gastro-entéro-hépatique, douleurs rhumatides, troubles circulatoires, algies éparses etc.

Lorsqu'il s'accompagne d'un état subfébrile habituel, l'état bacillaire est dans sa phase dynamique. Dans une seconde phase ou même d'emblée, la fébricule fait défaut et les troubles constitutionnels énumérés dans le dernier chapitre sont prédominants.

C'est cependant André Jacquelin, médecin de l'Hopital Necker, qui a le premier entrevu d'une manière systématique, le cadre étroit des manifestations digestives de l'allergie tuberculinique, dans son ouvrage "Les Tuberculoses Atypiques" de 1939. Nous ne ferons certes pas l'historique ni le procés des différents syndromes qu'il évoque dans son livre, nous ne nous limiterons qu'à la partie digestive.

Jacquelin divise les différents syndromes en trois chapitres :

1/ Les syndromes dyspeptiques :

Il les divise en trois groupes :

a) les syndromes hyperchlorhydriques caractérisés par des douleurs tardives, des douleurs à jeun, calmées par l'alimentation et les pou-

dres saturantes, douleurs à type de brûlures, de crampes, de torsion, accompagnées de pyrosis et de régurgitations acides ; digestion rapide et tendance à la constipation.

b) les syndromes hyperchlorhydriques caractérisés par des douleurs plus précoces que réveillent les repas, douleurs plus vagues, à type de pesanteurs et associés à une diarrhée.

c) les syndromes mixtes constitués naturellement par l'union des deux précédents.

2/ Les syndromes entéritiques et entérocolitiques :

L'auteur les dissocie naturellement de la diarrhée citée plus haut et qu'il attribue à une insuffisance de digestion. Les colites et entérocolites sont dit-il plus fréquentes que les précédentes... et elles peuvent revétir tous les types de colites :

colites acides de fermentation qui sont les plus fréquentes et qu'aggravent les féculents, le pain ;

colites de putréfaction à selles alcalines, fétides qu'améliore la suppression de la viande, des œufs, du lait jointe à l'emploi de ferments lacques ;

colites avec alternance de constipation et de débacles diarrhéiques ;

colites à forte réaction mucomembraneuse ;

3/ Les syndromes douloureux appendiculaires, pseudo appendiculaires et du carefour supérieur :

Tantôt dit-il il s'agit d'appendicites véritables, liées à une tuberculose appendiculaire ;

Tantôt, ce sont des adenopathies mésentériques, offrant à la localisation près les mêmes modalités.

Tantôt enfin, et le plus souvent, c'est un processus de péritonite localisée qui est en cause au niveau de la région soit iléo-coecale, soit sous-hépatique et pyloro-duodénale.

Quelle que soit la lésion en cause, le tableau clinique de ce foyer inflammatoire du carrefour inférieur est celui d'une appendicite chronique, avec ses douleurs spontanées, exagérées par la pression, ses troubles digestifs surtout colitiques, ses troubles généraux, et ses poussées parfois inquiétantes.

Devant cet ensemble de malaises, on se décide à intervenir et l'opération révèle ou bien un appendice volumineux, ou bien une périviscérite intense. Quand le siège des lésions duodénales est plus haut situé, le diagnostic porté est celui de cholécystite, de péricholécystite ou de périduodénite secondaire à un ulcus.

Tels sont les différents syndromes individualisés par Jacquelin et qui caractérisent les manifestations digestives de l'allergie tuberculinique.

II. L'ALLERGIE A CANDIDA ALBICANS

Si en fouillant longuement la littérature nous avons pu trouver quelques auteurs qui se sont intéressés à l'allergie tuberculinique, bien peu se sont par contre intéressé à l'allergie à Candida Albicans. Nous n'avons en fait trouvé que deux auteurs qui aient publié en rapport avec notre sujet, l'argentin Ruiz Moréno et le français Sclafer.

Ruiz Moréno à le premier décrit des manifestations allergiques dues au Candida, sous le nom de "Candide alergica palpebral" et qui revêt dans sa forme typique l'aspect d'une petite bande d'eczéma sec. Quand cet eczéma est aigu, il provoque un œdème régional, surtout accentué au lever ; pouvant être associé à une conjonctivite de type allergique.

Reprenant cette description six ans plus tard, Ruiz Moréno, précise que ce syndrome cutané peut être soit associé à un syndrome respiratoire, soit à un syndrome digestif, dont il ne précise malheureusement pas l'allure.

Ruiz Moréno indique bien cependant comment procéder, par la méthode des tests cutanés pour déterminer l'existence d'une allergie au Candida. De même, il précise fort bien comment procéder à la désensibilisation.

Sclafer, publie dans la Semaine des Hopitaux en avril 1957, un article fort intéressant où le syndrome correspondant à l'allergie à Candida Albicans. Ce syndrome est très vaste puisque Sclafer l'étudie à partir de deux mille cas de maladies allergiques, sur lesquelles il trouve cent quatorze cas d'allergie à Candida.

D'après ces statistiques, l'eczéma avec la plus grande fréquence puisqu'il ne l'a pas retrouvé moins de soixante et onze fois. Viennent ensuite l'asthme avec vingt-huit cas, les brûlures gastriques avec vingt cas, les céphalées avec dix-neuf cas, l'urticaire avec dix-huit cas, les rhino-sinusites et les brûlures vésico-urétérales avec dix cas, les rosacées avec cinq cas, les rhumatismes, les migraines et l'oédème de Quinke avec quatre cas, la toux spasmodique, le prurigo strophulus et les aphtes avec trois cas, les troubles du rythme cardiaque enfin avec un cas.

Les résultats de cette analyse sont d'ailleurs portés dans le tableau de la figure n° 1 que l'on pourra utilement comparer à notre tableau (Tableau n° 6.

Mais nous sommes ici assez loin de notre but qui est, rappelons-le de nous intéresser exclusivement aux manifestations digestives de l'allergie au Candida et aux signes qui l'accompagnent.

A ce sujet, Sclafer nous dit :

"Les muqueuses respiratoires ne sont pas les seules sur lesquelles

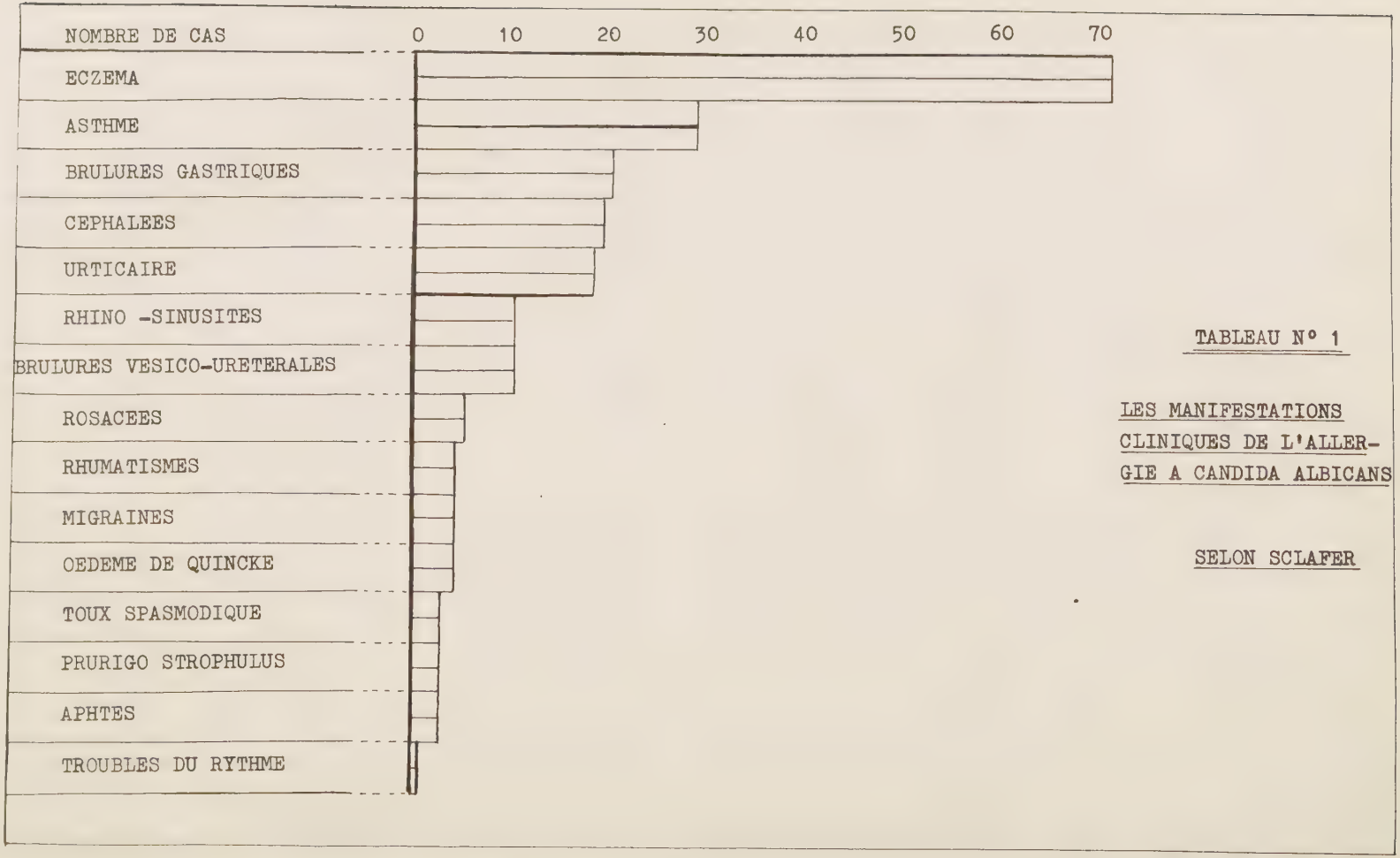


TABLEAU N° 1

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'ALLERGIE A CANDIDA ALBICANS

SELON SCLAFER

puissent se localiser un processus allergique. Il n'est pas surprenant que le Candida Albicans, comme d'autres allergènes, soit responsables d'autres localisations muqueuses. Mais ce qui lui est particulier, c'est l'affinité de son action sur la muqueuse gastro-œsophagienne se traduisant par des brûlures siégeant à la partie haute du creux épigastrique, sur la ligne médiane, irradiant le long de l'œsophage, parfois même jusqu'au pharynx. Nous avons déjà rapporté dix sept cas de brûlures gastriques par allergie à Candida Albicans. Depuis, nous avons constaté que ce trouble fonctionnel accompagnait fréquemment les autres manifestations d'allergie mycosique puisqu'il est relevé chez vingt malades sur cent quatorze. Ces brûlures, sont un des symptômes les plus sensibles de l'allergie à Candida Albicans, et souvent le seul à être provoqué ou aggravé par une injection trop forte d'extraits".

A propos des migraines et des céphalées, Sclafer nous dit :

"Les syndromes craniens douloureux se relèvent avec une grande fréquence dans les observations des malades allergiques à Candida Albicans. Il s'agit le plus souvent de céphalées simples (dix neuf cas) que de migraines (quatre cas). Ce n'est que dans un très petit nombre des cas, que ces céphalées constituent la complainte majeure des patients. Le plus souvent, elles accompagnaient d'autres syndromes et très particulièrement les cas d'urticaire et d'oédème de Quincke ; souvent, elles les avait précédé de plusieurs années. Ce sont le plus souvent des céphalées d'intensité moyenne n'entravant pas l'activité des patients, mais au prix d'une consommation importante de comprimés analgésiques.

Enfin, Sclafer, rapporte trois cas d'aphtose buccale qui disparurent au traitement de désensibilisation.

Telles sont les manifestations digestives de l'allergie à Candida Albicans, que rapporte Sclafer. Voyons maintenant celles que nous avons trouvé sous la conduite de notre maître le Professeur Henri Sarles.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE SYMPTOMATOLOGIQUE

ÉTUDE CLINIQUE DES MANIFESTATIONS DIGESTIVES DE L'ALLERGIE A CANDIDA & TUBERCULINE

I. LES RAISONS D'UNE SIMPLIFICATION -

Lorsqu'en automne 1959, le Professeur Henri Sarles nous confia l'étude des manifestations digestives de l'allergie à Candida et à la Tuberculine, il fixa lui-même un certain nombre de signes tant cliniques que paracliniques qui avaient le plus de chance de se rencontrer.

Partis sur cette base, nous avons fait un tableau dont chaque colonne de l'axe des Abscisses correspondait à l'un des signes, et chaque colonne de l'axe des Ordonnées à un malade.

Parvenus à la trentième observation, nous avons décidé d'éliminer purement et simplement les colonnes qui n'avaient jamais été remplies et ce naturellement dans le but de simplifier le travail. L'élimination a porté sur quarante six colonnes mais nous croyons de notre devoir de commencer cette étude clinique par l'énumération pourtant fastidieuse de ces signes par ailleurs importants tant sur le plan allergique que sur le plan gastro-entérologique.

Nous avons éliminés les "Renseignements Généraux" suivants :

LA PROFESSION. Elle nous a paru absolument sans intérêt, les manifestations digestives de l'allergie à Candida et à la Tuberculine pouvant se voir dans toutes les situations.

LA RECHERCHE DES AUTRES ALLERGIES DE CONTACT, telles que levures, moisissures, pollens et poussières nous a paru sans rapport direct avec le sujet qui nous intéresse.

LES EXAMENS BIOLOGIQUES, tels que : cholestérolémie, azotémie et même éosinophilie ne nous ont donné aucun renseignement intéressants. Ils n'ont pas été recherché pour tous les malades pour cette raison d'ailleurs.

L'INTOLERANCE A LA CHALEUR ET L'ACTION DES FACTEURS NERVEUX n'ont jamais été retrouvés.

Nous avons aussi éliminé les "Signes Fonctionnels" suivants :

LA COLIQUE HEPATIQUE ; préférant fondre cette colonne avec celle de Colique Abdominale sous le titre plus imprécis mais certainement plus exact de "Crise Abdominale".

L'AUGMENTATION OU LA DIMINUTION POST PRANDIALE DES TROUBLES que nous n'avons jamais retrouvé.

LA DIARRHEE AIGUE. Il existe certes des poussées diarrhéiques, mais elles se produisent toujours sur un fond colitique évoluant par poussées espacées par des périodes de remission ou de constipation. Nous n'avons gardé que la colonne oh combien importante des Diarrhées chroniques.

L'ICTERE PAR HEPATITE REVELANT LES TROUBLES ne nous a pas plus retenu de même que :

LA DYSURIE AVEC POLLAKIURIE.

LA BOUCHE AMERE.

LES DOULEURS DANS LES JAMBES.

LES DOULEURS ARTICULAIRES.

LE MAL DES TRANSPORTS.

L'INHIBITION RESPIRATOIRE.

L'AGITATION DES MEMBRES LA NUIT.

LES CAUCHEMARS NOCTURNES.

LES TREMULATIONS PALPEBRALES.

Nous avons éliminé la colonne "TACHYCARDIE" au profit de la colonne moins scientifique mais plus idoine "Palpitations", dont les malades se plaignent mais dont les médecins n'ont pas personnellement constaté l'existence.

Nous avions aussi réservé quelques colonnes à la description des signes fonctionnels (NEIGE SUR LA TETE, DOULEURS ORBITAIRES, DOULEURS TEMPORALES) accompagnant les migraines, mais leur petit nombre a fait que nous avons préféré les grouper sous la rubrique : Troubles visuels prémigraineux.

Il y a aussi des "Signes Physiques" que nous avons éliminés, toujours pour la même raison :

PERLECHE

DECHAUSSEMENT DENTAIRE

LANGUE DEPAPILLEE

GINGIVITE

LE COLON DOULOUREUX

L'INTOLERANCE A LA CHALEUR.

LA DYSIDROSE

LE PURPURA

LES BOUFFEES DE CHALEUR

LES PERTES DE CONNAISSANCE

LES PERTES DES URINES

LES MOUVEMENTS MUSCULAIRES INVOLONTAIRES

LES EPISTAXIS

LES GAZ EN ABONDANCE ANORMALE

LES OEDEMES DIVERS (les Oédèmes de Quincke vrais que nous avons retenus sont d'ailleurs peu nombreux).

Les signes Radiologiques nous ont également retenus. Nous avions prévu des colonnes relatives à l'Estomac (GASTRITE RADIOLOGIQUE), à la Vésicule biliaire (NORMALE, HYPERTONIQUE, S'EVACUANT LENTEMENT OU RAPIDEMENT, LITHIASIQUE) au Choledoque (LITHIASIQUE), au Colon (SPASMODIQUE). En définitive, quatre seulement de nos malades une image radiologique classique intéressante. Nous les avons groupé sous l'appelation bien impropre de "Images radiologiques". Nous les détaillerons en leur temps.

Il nous restait à faire la part des malades opérés. Cette part est importante puisqu'elle touche 18 de nos patients. Nous avions là aussi prévu de nombreuses colonnes, mais il nous a paru plus simple de les grouper et de les détailler au cours du développement. Bien entendu nous n'avons tenu compte que des interventions en rapport avec les troubles qui nous intéresse.

Ce travail préliminaire étant terminé, il ne nous restait plus qu'à porter sur un tableau récapitulatif général les différents signes que nous avions retrouvé au minimum une fois : il en restait quarante-huit.

II. ETUDE DE LA SYMPTOMATIQUE CLINIQUE -

Ces quarante huit cas dont nous venons de parler sont condensés dans le tableau de la figure 2. Ce tableau représente la synthèse de toutes les manifestations tant cliniques que radiologiques des 92 cas que nous avons retenus.

Un simple coup d'œil suffit pour se rendre compte que ses colonnes sont de très inégale hauteur. Nous commencerons cette étude par les plus importantes, pour finir en disant quelques mots des moins importants.

Cependant, avant de commencer cette étude analytique, il nous paraît judicieux de commencer par l'étude de l'âge de nos plaignants.

A. L'AGE -

Comme nous ne pouvons pas savoir, avant la pratique des tests et parfois même de la vaccination de quelle allergie il s'agit, nous avons rassemblé tous les âges dans le graphique de la figure 3. Les âges sont portés de dix ans en dix ans, par rapport au nombre de cas observés. La lecture de ce tableau est donc très instructive, elle nous montre que l'allergie à Candida, à la Tuberculine, ou mixte (Candida et Tuberculine associées) atteint les gens d'âge mur. Exceptionnelle avant trente ans, c'est entre trente et quarante ans que nous avons trouvés plus du tiers de nos malades. De quarante à cinquante ans, on retrouve 25 % d'entr'eux, et si dix huit cas sont portés dans la colonne cinquante à soixante ans, au de-là de cet âge, elle redevient exceptionnelle.

Cette absence de manifestations dans le jeune âge concorde assez bien, avec le fait que dans notre tableau, nous n'avons retrouvé qu'un malade ayant des antécédents diarrhéiques dans l'enfance.

Les graphiques de la figure 4 (Allergie au Candida) et de la figure 5 (allergie à la Tuberculine) nous montre que cette répartition est homologue dans les deux cas, à ceci près que nous avons presque autant de malades allergiques à la Tuberculine chez les quadragénaires que chez les malades trente à quarante ans.

B. LES SYNDROMES DOULOUREUX CRANIENS -

Ils constituent et de très loin, la colonne la plus importante car il faut entendre par ce terme, les colonnes migraines et céphalées.

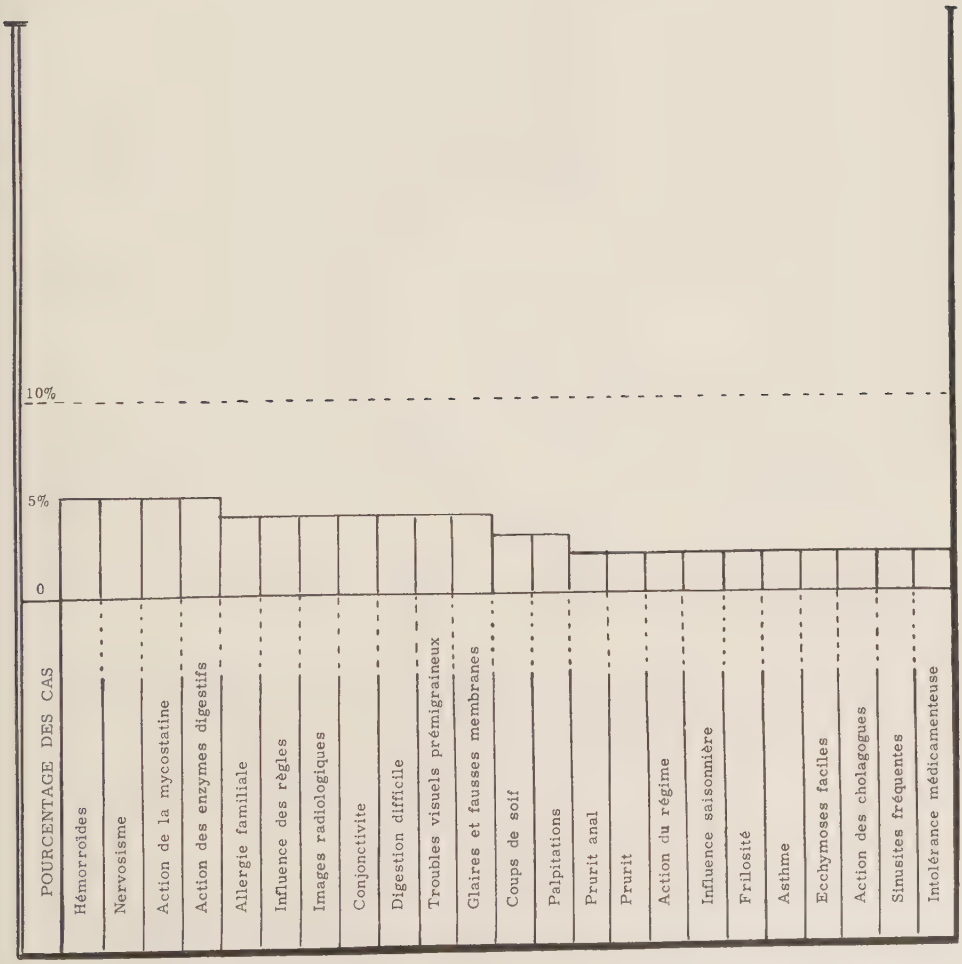
Nous avons classé dans la colonne Migraine, les malades qui se plaignent d'une véritable hémicranie, avec douleur rapportées à la boîte crânienne, soit frontale, soit occipitale, soit pariétale ; avec parfois des signes visuels prémigraineux (scotome scintillant, impression de neige) et plus généralement, les malades qui se plaignent de syndromes craniens douloureux, violents, d'apparition brusque, accompagnés souvent de vomissements ; tandis que nous avons réservé la colonne Céphalées pour nos malades qui se plaignaient simplement de troubles moins intenses.

TABLEAU N° 2

POURCENTAGE DES CAS
0
5
10
15
20
25
30
35
40
45
50%
Migraines
Vomissements
Douleurs épigastriques
Constipation
Diarrhée
Crises abdominales
Allergie alimentaire
Céphalées
Urticaire
Brûlures épigastriques
Nausées
Malades opérés
Asthénie
Eczéma
Hypochondre droit douloureux
Ballonnement
Aphtes
Intolérance alimentaire
Oedème de Quincke
Abdomen sensible
Sang dans les selles
Pollinose.

TABLEAU N° 2

L'ALLERGIE A CANDIDA ALBICANS
A LA TUBERCULINE
et MIXTE



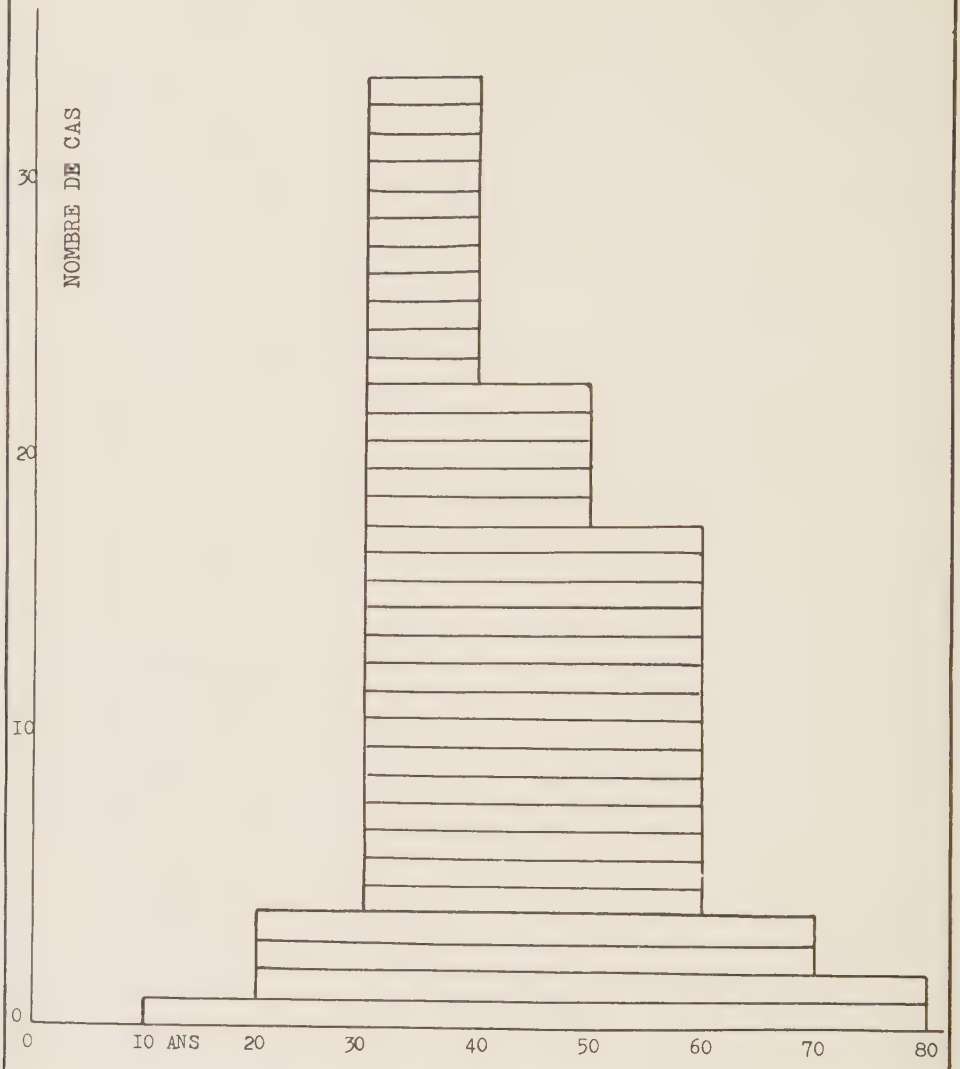


TABLEAU Nº 3. LA REPARTITION DES AGES DANS L'ALLERGIE A CANDIDA ALBICANS

L'ALLERGIE A LA TUBERCULINE ET

L'ALLERGIE MIXTE.

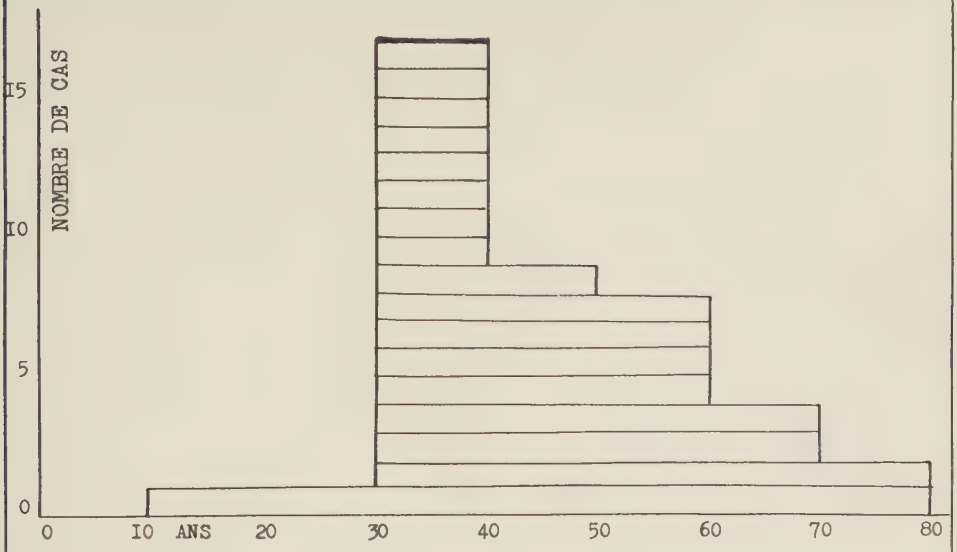


TABLEAU Nº4. REPARTITION DES AGES DANS L'ALLERGIE A CANDIDA ALBICANS.

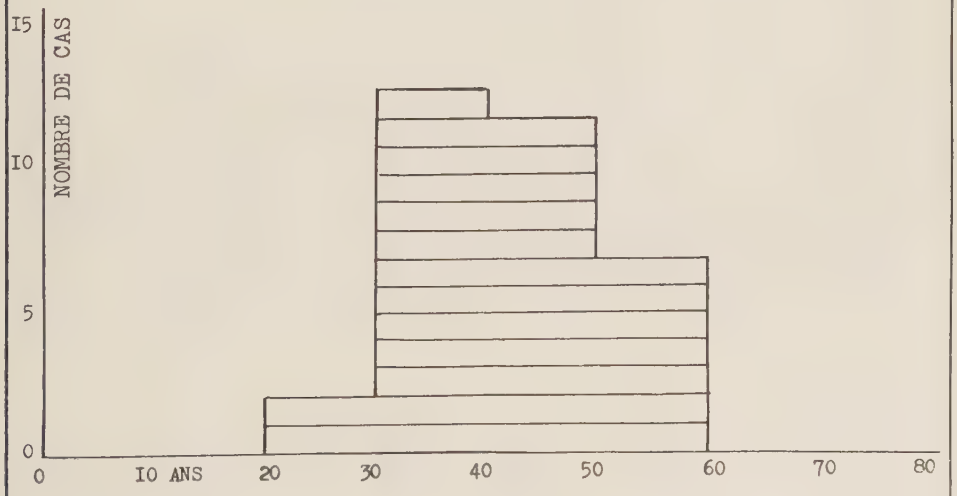


TABLEAU Nº5. REPARTITION DES AGES DANS L'ALLERGIE TUBERCULINIQUE.

TABLEAU N° 6

POURCENTAGE DES CAS
0
5
10
15
20
25
30
35
40
45
50
Migraines
Vomissements
Douleurs épigastriques
Constipation
Diarrhée
Crises abdominales
Allergie alimentaire
Céphalées
Urticaire
Brûlures épigastriques
Nausées
Malades opérés
Asthénie
Eczéma
Hypochondre droit douloureux
Ballonnement
Aphtes
Intolérance alimentaire
Oedème de Quincke
Abdomen sensible
Sang dans les selles
Pollinose.

TABLEAU N° 6

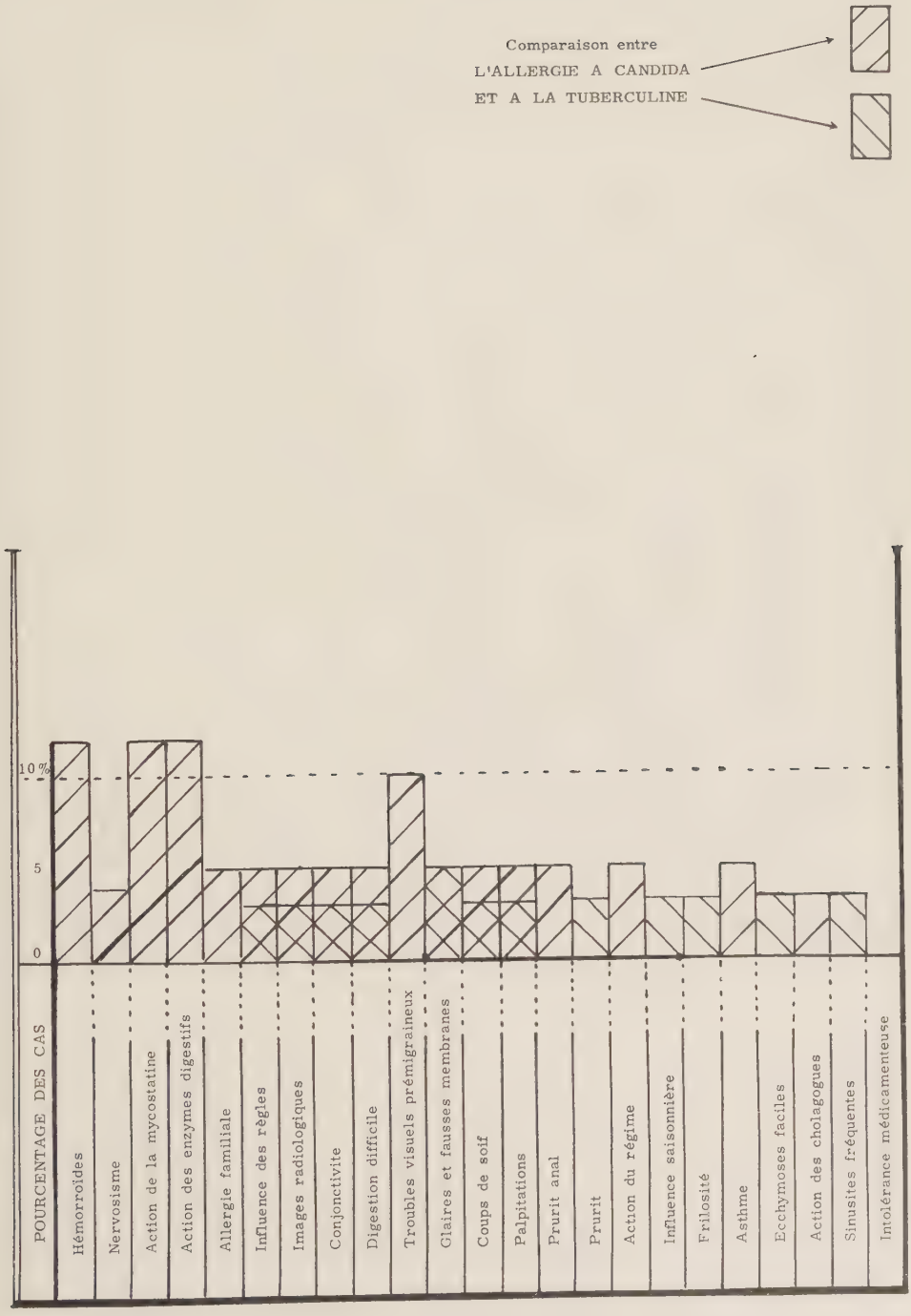

Comparaison entre
L'ALLERGIE A CANDIDA
ET A LA TUBERCULINE
POURCENTAGE DES CAS
10 %
5
0
Hémorroïdes
Nervosisme
Action de la mycostatine
Action des enzymes digestifs
Allergie familiale
Influence des règles
Images radiologiques
Conjonctivite
Digestion difficile
Troubles visuels prémigraineux
Claires et fausses membranes
Coups de soif
Palpitations
Prurit anal
Prurit
Action du régime
Influence saisonnière
Frilosité
Asthme
Ecchymoses faciles
Action des cholagogues
Sinusites fréquentes
Intolérance médicamenteuse

TABLEAU N° 7

70%
65%
60%
55%
50%
45%
40%
35%
30%
25%
20%
15
10%
5%
0
POURCENTAGE DES CAS
Migraines
Vomissements
Douleurs épigastriques
Constipation
Diarrhée
Crises abdominales
Allergie alimentaire
Céphalées
Urticaire
Brûlures épigastriques
Nausées
Malades opérés
Asthénie
Eczéma
Hypochondre droit douloureux
Ballonnement
Aphtes
Intolérance alimentaire
Œdème de Quincke
Abdomen sensible
Sang dans les selles
Pollinose

TABLEAU N° 7

L'ALLERGIE TUBERCULINIQUE

Comparaison entre le syndrome
avec Syndrome douloureux cranien
et sans Syndrome douloureux cranien

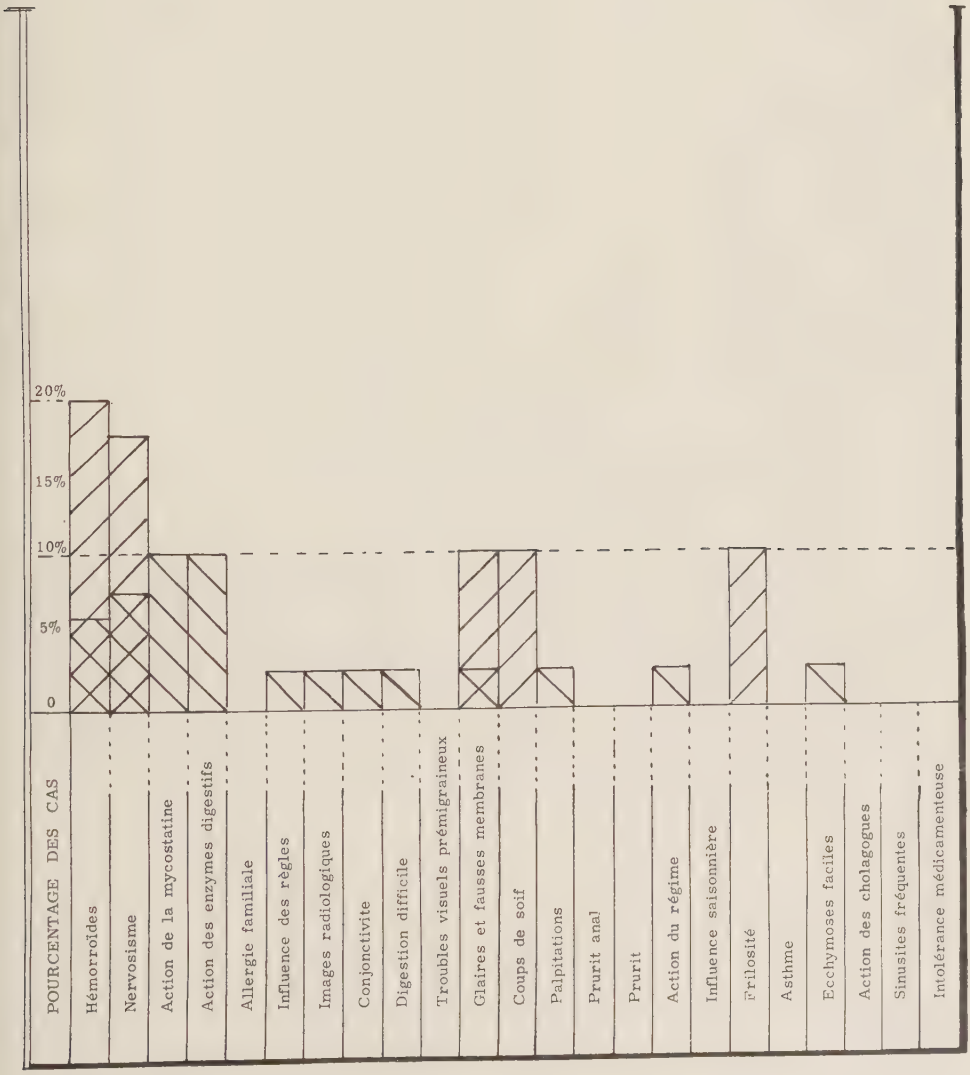


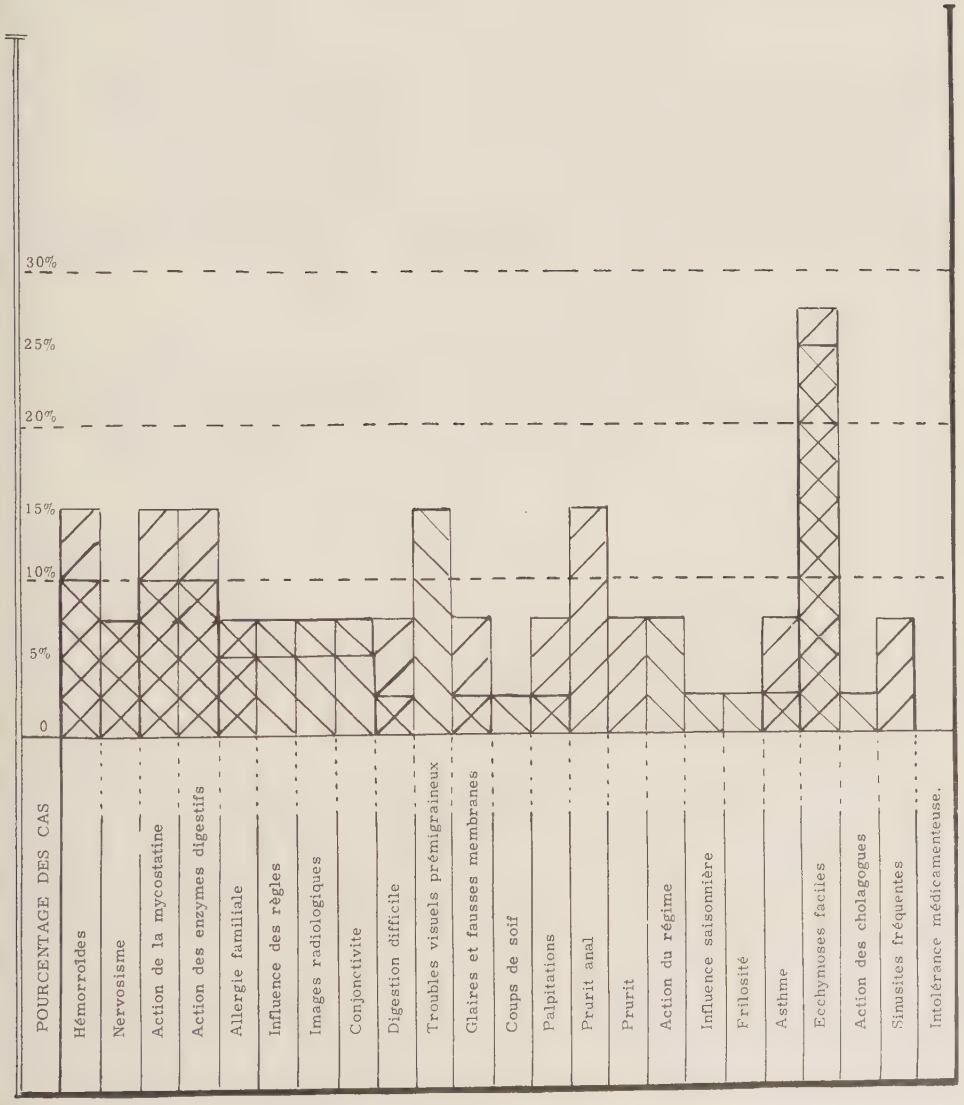
TABLEAU N° 8

POURCENTAGE DES CAS
0
5%
10%
15%
20%
25%
30%
35%
40%
45%
50%
55%
60%
65%
70%
75%
Migraines
Vomissements
Douleurs épigastriques
Constipation
Diarrhée
Crises abdominales
Allergie alimentaire
Céphalées
Urticaire
Brûlures épigastriques
Nausées
Malades opérés
Asthénie
Eczéma
Hypochondre droit douloureux
Ballonnement
Aphtes
Intolérance alimentaire
Oedème de Quincke
Abdomen sensible
Sang dans les selles
Pollinose.

TABLEAU N° 8

L'ALLERGIE A CANDIDA ALBICANS

Comparaison entre le syndrome avec Syndrome Douloureux Cranien et sans Syndrome Douloureux Cranien



Certains d'entr'eux cependant, accusaient de véritables migraines souvent exceptionnelles, sur un fond douloureux cranien beaucoup plus fréquent. Nous avons pointés ces malades dans les deux colonnes ; ce qui explique que si nous avons vingt deux cas de céphalées et quarante huit de migraines, soixante cinq seulement de nos malades se plaignent d'un syndrome douloureux cranien, et non pas soixante dix comme on pourrait être tenté de le croire. Soixante-cinq cas par rapport à quatre-vingt douze, cela signifie que 60 % de nos malades. On est loin de vingt-trois cas rapportés par Sclafer sur 114 malades, et encore plus loin des quelques cas de migraines accompagnant les troubles dyspeptiques rapportés par les auteurs qui se sont intéressés à l'allergie tuberculinique.

Le tableau 6 qui exprime en pourcentage comparé les différents syndromes des quarante cas d'allergie tuberculinique et les quarante-deux cas d'allergie au Candida, compte non tenu des dix cas d'allergie mixte ; nous apprend que la répartition des migraines est de 52 % dans l'allergie au Candida et de 50 % dans celle à la Tuberculine et celle des céphalées, de 21 % dans l'allergie au Candida et de 27 % dans l'allergie tuberculinique.

Le tableau 6 qui exprime en pourcentage comparé les différents syndromes des quarante cas d'allergie tuberculinique et les quarante-deux cas d'allergie au Candida, compte non tenu des dix cas d'allergie mixte ; nous apprend que la répartition des migraines est de 52 % dans l'allergie au Candida et de 50 % dans celle à la Tuberculine et celle céphalées, de 21% dans l'allergie au Candida et de 27 % dans l'allergie tuberculinique. Plus intéressant nous paraît le fait que les seuls cas où nous avons retrouvés des troubles visuels pré-migraineux étaient des cas d'allergie au Candida. Exemple :

Observation n° CXLI. Mr RI.

Il s'agit d'un malade de cinquante deux ans, qui souffre depuis une vingtaine d'années de brulures épigastriques et parfois de douleurs. Nombreuses poussées d'aphtes. Depuis quelques années, migraines avec parfois des troubles visuels prémigraineux. Ce malade se plaint aussi de gargouillements abdominaux.

Les tests pratiqués ont donné les résultats suivants :

Candida	Réaction précoce	Réaction tardive.
1/1 000	0	40 mm.
1/10 000	0	15 mm.

Tuberculine : Négative.

Vacciné au Candida ; ce malade va très bien.

Devant l'importance de ce syndrome douloureux cranien, il nous est venu à l'idée que les malades qui n'en souffraient pas avaient peut être une symptomatologie bien différente de ceux qui en souffraient. L'idée atait facile à vérifier, il suffisait de faire un nouveau tableau et d'y porter deux graphiques, l'un exprimant le pourcentage relatif des syndromes retrouvés dans les cas d'allergie tuberculinque, sans syndrome douloureux craniens (onze cas) et avec migraines ou céphalées (dix neuf cas). C'est le tableau de la figure n° 7.

Le tableau de la figure n° 8 est homologue, il exprime quant à lui, les rapports des pourcentages des quatorze cas d'allergie à Candida sans syndrome douloureux craniens, par rapport aux vingt-huit cas comportant migraines ou céphalées.

Le petit nombre de cas que nous rapportons, enlève évidemment toutes rigueur scientifique à nos conclusions, mais ce n'est qu'une hypothèse que nous émettons et elle sera peut-être confirmée par l'avenir.

Quoiqu'il en soit, la lecture du tableau n° 7 nous révèle :

que les crises abdominales douloureuses sont beaucoup plus fréquentes quand il y a des "Migraines" (34 % contre 20 % des cas) ;

que si les coups de soif, les glaires et les fausses membranes dans les selles, la frilosité, les sinusites, le prurit sont l'apanage exclusif des syndromes allergiques non migraineux ; le ballonement, l'urticaire, les crises fébriles, les ecchymoses, les crampes, le nervosisme, l'intolérance alimentaire observée par le malade, la conjonctivite, l'influence saisonnière, l'influence de règles, l'oédème de Quinke, les pollinoses et les intolérances médicamenteuses n'ont été retrouvé que dans la série possédant des syndromes douloureux craniens. Certains de ces signes, se retrouvent cependant très rarement et nous conseillons encore une fois la plus grande prudence dans l'interprétation de ce tableau.

Cependant les brûlures épigastriques sont beaucoup plus importantes dans les syndromes non migraineux (40 % contre 17 %), les douleurs épigastriques aussi (50 % contre 35) les aphtes (20 % contre 3 %) l'eczéma (20 % contre 6 %), l'allergie alimentaire vérifiée par les régimes de Rinkell (40 % contre 24 %) et les palpitations (10 % contre 3 %) ;

En revanche, la présence inexpliquée d'une manière classique de sang dans les selles se trouve dans 13 % des cas chez les migraineux, contre 10 %, l'asthénie et l'hypocondre droit douloureux dans 17 % des cas contre 10 %.

Quant au tableau n° 8 qui étudie les proportions relatives de ces deux syndromes chez les allergiques au Candida, il nous montre que :

les crises abdominales douloureuses qui se retrouvent dans la porportion de 28 % appartiennent exclusivement au syndrome non migraineux, de même que la présence de sang dans les selles, la sinusite, le prurit anal et le prurit.

En revanche, appartiennent au syndrome migraineux les coups de soif, les nausées, (25 % des cas) les crampes, l'asthénie (25 %) l'abdomen sensible (14 %) l'influence saisonnière, des règles, du régime, les palpitations, la conjonctivite.

Notons enfin, la supériorité écrasante du ballonement dans les syndromes non migraineux (28 contre 3 %), de la diarrhée (40 % contre 14 %) ; inversement, la prépondérance de vomissements (63 % contre 7 %), de la constipation (63 % contre 29 %), de l'hypocondre droit douloureux (21 % contre 7 %).

Egalité rigoureuse enfin dans les colonnes Aphtes, Malades opérés, œdème de Quincke, Eczéma ; léger déséquilibre enfin dans les colonnes Urticaire, Digestion difficile, Hémorroïdes, l'intolérance alimentaire, l'action de la Mycostatine, des Enzymes digestifs, de la Pollinose, de l'Allergie alimentaire.

En définitive. nous étions partis d'un groupe de malades présentant un syndrome digestif assez complexe et en tous cas inexpliqué, nous avons trouvé deux allergènes dits cutanés et peut être quatre tableaux cliniques. Cette dernière exploration sera à reprendre lorsque plusieurs milliers de malades seront vaccinés et que chacun des graphiques portera sur plusieurs centaines de cas et non pas sur nos onze, quatorze, vingt-huit et vingt neuf cas qui nous paraissent certes bien misérables, mais qui sont les seuls que nous ayons eu à notre disposition.

Nous avons tenu à vérifier si la répartition selon les âges étaient la même dans les cas d'allergie avec ou sans syndrome douloureux cranien. Le tableau analytique des âges est rapporté dans la figure 9. Un simple coup d'œil suffit pour s'assurer que le cadre que nous avons retrouvé au début de notre étude se vérifie, de même que le sexe et que à quatre cas près les femmes ne sont pas plus migraineuses que les hommes.

Pour terminer ce chapitre, il nous paraît intéressant de rapporter quelques observations que nous avons puisé parmi les soixante cinq où nous avons retrouvés des syndromes craniens douloureux.

Observation n° XVII. Mme CH.

Il s'agit d'une malade de soixante quatre ans qui a présenté à l'âge de trente ans un ictère et qui depuis se plaint de migraines (une à deux par mois), avec douleurs de l'hypocondre droit, nausées. Constipation.

Cette malade a été testée exclusivement au Candida comme nous le faisions au début et les réponses ont été les suivantes :

Candida	Réponse précoce	Réponse tardive.
1/1 000.	0	30 mm
1/10 000.	0	15 mm

En avril 1961, nous avons écrit à cette malade (comme à une cinquantaine d'autres d'ailleurs, voir figure 10) pour savoir comment elle était, et elle nous a répondu :

"Monsieur,

"Je me fais un plaisir de répondre à votre lettre questionnaire. En effet, vaccinée à la Candidine n° 5 (1/100 000) en septembre 1958, j'ai eu rapidement une amélioration du côté foie et estomac (presque plus de migraines, plus de nausées, retour de l'appétit, digestions plus faciles et augmentation de poids). L'intestin seul n'a pu être amélioré par ce traitement que je dois continuer à la dose de 5/10 de millilitre tous les quinze jours.

Observation n° XXXVII. Mlle MO.

Malade de 35 ans qui présente depuis 1952 des crises douloureuses épigastriques violentes durant 4 jours, accompagnées de vomissements qui apparaissent généralement 8 jours après les règles. Elle va beaucoup mieux dans la période prémenstruelle. Parfois, apparaissent des migraines, les selles sont décolorées avant la crise, hypercolorées après celle-ci. Entre les crises, il n'existe aucun trouble, si ce n'est des nausées.

Le malade est une ancienne bacillaire pulmonaire (1952) ayant subi une pneumonectomie droite. Guérison confirmée.

Radiologiquement, estomace et voies biliaires : normaux, les tests alimentaires sont positifs pour le lait et les pommes de terre. Le test cutané à la tuberculine donne une réaction locale, générale positive et une réaction syndromique matérialisée par une migraine.

Une suppression des allergènes alimentaires fut entreprise, de même qu'une désensibilisation tuberculinique commencée au 1/10 000 000 pour arriver ensuite au 1/100 000. La malade fit alors une violente crise abdominale et il fallut reprendre la vaccination en recommençant au 1/10 000.

AGES DES MALADES	ALLERGIE A CANDIDA					ALLERGIE A LA TUBERCULINE					ALLERGIE MIXTE					TOTAL GENERAL
	AVEC MIGRAINES		SANS MIGRAINES		TOTAL	AVEC MIGRAINES		SANS MIGRAINES		TOTAL	AVEC MIGRAINES		SANS MIGRAINES		TOTAL	
	H.	F.	H.	F.		H.	F.	H.	F.		H.	F.	H.	F.		
0 à 10																
10 à 20	1				1											1
20 à 30			1	1	2	1			1	2						4
30 à 40	4	9	2	2	17	6	5	1	1	13	2	1		1	4	34
40 à 50	3	2	3	1	9	3	7	2		12	2				2	23
50 à 60	5	1	2		8	1	3	1	2	7		3		1	4	19
60 à 70	1	2		1	4											4
70 à 80			1	1	2											2

TABLEAU n° 9 - TABLEAU ANALYTIQUE DES AGES

HÔPITAL ST-JOSEPH
253, AVENUE DU PRADO - MARSEILLE (8e)

DOCTEUR HENRI SARLES
MÉDECIN DES HOPITAUX
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

QUESTIONNAIRE. BIFFER LES MENTIONS INUTILES.

NOM.

DATE.

VACCINATION : Non pratiquée
Arrêtée car échec
Arrêtée car guérison
Continuée car indispensable.

DEPUIS LES TESTS : Persistance des même troubles
Disparitions des troubles
Découverte d'une autre maladie; si oui est-elle guérie ?

Apparition de nouveaux troubles, lesquels ?

REMARQUES PERSONNELLES.:

N° 10. Fac-Similé du questionnaire envoyé à nos malades.

La malade va très bien actuellement, et elle a pu réintroduire le lait dans son alimentation, mais elle doit le supprimer 15 jours avant ses règles.

Observation n° CXLVII. Mr BO.

Il s'agit d'un malade de trente trois ans, qui depuis une quinzaine d'années se plaint de digestions difficiles et d'une diminution de l'appétit. Ce malade a d'ailleurs été opéré d'une appendicite chronique, sans amélioration cependant.

En 1959, apparition d'un nervosisme intense avec impression de striction de gorge et de la région précordiale. En même temps apparition de migraines (une tous les quinze jours environ). A signaler aussi que ce malade est un constipé opiniatre et qu'il se plaint de gargouillement abdominaux.

Les tests pratiqués ont donné les résultats suivants :

Candida	Réponse précoce	Réponse tardive.
1/1 000	0	30 mm (+++)
1/10 000	0	10 mm (+)

Tuberculine :

Réaction locale ++

Réaction générale 38°8

Réaction syndromique : migraine.

A ce malade qui présentait une réaction manifestement positive au Candida et à la Tuberculine, il a été pratiqué une vaccination mixte dont les effets furent très favorables, sauf sur la constipation et sur les borborygmes.

C. LES VOMISSEMENTS ET LES NAUSEES -

Ce n'est qu'artificiellement et par esprit rationaliste que nous groupons ces deux signes dans le même chapitre tant le premier paraît difficilement concevable sans le second. Cependant, il ne s'agit pas ici des nausées qui accompagnent toujours les vomissements, mais d'un signe nettement distinct. Nous n'en voulons pour exemple que l'observation n° XXXVII, déjà rapportée page 34 où la malade accusait des migraines avec vomissements espacées de périodes où elle ne se plaignait que de nausées.

Nous avons retrouvé 30 cas de vomissements, ce qui représente 32 % de nos malades et 19 cas de nausées, soit 20 %.

Ces vomissements accompagnent le plus souvent les migraines et nous ne ferons que rappeler l'observation n° XXXVII dont nous parlions à l'instant, cette malade a du être perfusée, tant ses vomissements étaient forts.

Cependant, ils n'accompagne pas toujours les migraines : Exemple.

Observation n° CXXXV. Mr BE.

Ce malade a été hospitalisé pour des crises abdominales très douloureuses ayant débuté huit mois plus tôt. L'importance de ces crises, allait d'ailleurs en augmentant et elles se terminaient par des vomissements abondants. La seule explication qui put être retenu fut une allergie alimentaire aux solanées et à la tomate et une allergie a

la tuberculine. Ce malade fut très amélioré par le régime d'exclusion et la pratique de la vaccination.

La lecture du tableau de la figure 6 nous apprend que les vomissements sont un peu plus fréquents dans l'allergie à Candida (35 %) contre 27 % des cas dans l'allergie tuberculinique. En revanche, les nausées se retrouvent plus fréquemment dans cette dernière (30 %) que dans l'allergie à Candida (26 %).

Le tableau de la figure 7 nous apprend que vomissements et nausées se retrouvent avec pratiquement la même fréquence dans l'allergie tuberculinique qu'elle soit avec ou sans syndrome douloureux cranien.

En revanche le tableau de la figure 8 nous montre une énorme disproportion entre les deux syndromes dans l'allergie à Candida : si les vomissements se retrouvent dans 50 % des syndromes migraineux (14 cas), on ne les retrouve qu'une fois, dans le syndrome non migraineux (ce qui correspond à 7 % des cas). Quant aux nausées, si nous les avons rencontrées 7 fois c'est-à-dire dans 25 % des cas dans le syndrome migraineux, nous ne l'avons pas rencontré une seule fois dans le syndrome sans migraines ni céphalées.

Citons pour terminer ce chapitre quelques observations que nous avons choisies parmi les plus intéressantes :

Observation n° CXIII. Mme MO.

Cette malade consulte en 1959, elle est alors âgée de 33 ans et a été guérie d'une tuberculose pulmonaire par une pneumonectomie gauche pratiquée au mois de mars 1952. En avril de la même année, la malade fait une crise abdominale qui présente tous les caractères d'une colique hépatique. En 1956, cette malade a été revue pour des crises de plus en plus violentes, surtout prémenstruelles, avec des vomissements importants, accompagnant des migraines, le tout sur un fond d'asthénie presque permanent. Une cholecystographie pratiquée ne révéla qu'une lithiase vésiculaire, le cholédoque étant normal. La vérification per-opératoire de ce fait fut d'ailleurs faite en 1957 lorsqu'on procéda à la cholecystectomie de cette malade.

A la suite de cette intervention, les crises cessèrent pendant un an pour reprendre comme auparavant dès 1958. La malade fut alors testée et trouvée allergique au lait, et à la tuberculine (Réaction locale très intense, réaction générale modérée, réaction syndromique avec diarrhée).

Cette malade fut améliorée par la suppression du lait, mais guérie par la pratique de la vaccination tuberculinique.

Observation n° XCII. Mme RO.

Cette malade a 55 ans lorsqu'elle vient consulter, mais ses troubles remontent à cinq ou six ans. Il s'agit essentiellement d'une constipation opiniatre, d'un balonnement abdominal important, de crampes au creux épigastriques ; de vomissements de liquide gastrique, surtout le matin à jeun, de céphalées.

Tous les examens de cette malade sont strictement normaux, en dehors de réponses positives aux injections tests de Candida et de Tuberculine.

La malade a été améliorée par la désensibilisation.

Observation n° LXIV. Mme ME.

Cette malade-là a quarante ans, ce dont elle se plaint surtout, c'est d'une constipation très marquée, pouvant aller jusqu'à dix jours. On envoie cette malade faire une cure à Chatel-Guyon, et quelques mois plus tard le syndrome se complète et se précise : apparition de migraines, associées à des vomissements bilieux abondants, des douleurs épigastriques et un œdème palpébral très important.

Cette malade est testée au Candida pour lequel on obtient une réponse précoce, une réponse tardive à deux croix et même une réaction syndromique puisque l'œdème palpébral diminue dans les jours qui suivent. Cette action bénéfique de l'extrait de Candida a d'ailleurs continué à se manifester quand on vaccina cette malade.

D. LES DOULEURS EPIGASTRIQUES -

Le chapitre que nous étudions maintenant est probablement l'un des plus important de toute notre symptomatologie, mais malheureusement un de ceux que nous connaissons le plus mal. En effet, si certaines douleurs bien précises sont bien décrites, en revanche, les petits troubles dyspeptiques étiquetés douleurs épigastriques dans les observations, manquent souvent de précision.

Il nous a semblé que l'on pouvait diviser ces douleurs en trois types:

1/ Les douleurs épigastriques vagues.

Elles sont les plus fréquentes et bon nombre de nos malades en souffrent. Exemple :

Observation n° CXLI, Mr RI.

Déjà rapportée page 32, elle nous montre un malade ayant été amélioré par la vaccination au Candida et qui présente sur un fond de brûlures épigastriques, évoluant depuis une vingtaine d'années des poussées douloureuses épigastriques.

Observation n° CLXIV. Mme TE.

Cette malade a trente ans, elle se plaint de douleurs épigastriques, sans caractère particulier, survenant depuis quelques mois et accompagnées de diarrhée. Cette malade se plaint aussi de nausées et de céphalées très importantes. Elle souffre aussi d'eczéma et de corryza spasmodique.

Les tests pratiqués ont donné les résultats suivants :

Candida	Réaction précoce	Réaction tardive
1/1 000	0	4 mm (+)
1/10 000.	0	0

Tuberculine : Réaction locale : ++

Réaction générale : température à 37°7

Réaction syndromique : céphalée très importante, mais pas d'exacerbation des douleurs épigastriques.

2/ Le syndrome pseudo-ulcéreux.

C'est peut être le moins fréquent des trois. Il s'agit d'un groupe de malades qui accusent des douleurs tardives, post prandiales, calmées pour

quelques uns d'entr'eux par l'alimentation et évoluant par poussées. A noter que nous n'avons jamais, pour aucun de ces malades retrouvé de "Faim douloureuse".

Bien entendu, tous ces malades ont été considérés comme des ulcéreux latents, et tout a été mis en œuvre pour découvrir cet ulcère. Les sériographies d'estomac pratiquées sont innombrables, la gastroscopie n'a rien montré, les examens radiologiques et cliniques des autres viscères ont été négatifs ; même le traitement antiulcéreux qui a été appliqué s'est révélé inéfficace.

Quelques exemples :

Observation n° CXXVII. Mr MA. 48 ans.

Malade qui souffre depuis dix ans, de diarrhée dont l'étiologie est toujours inconnue et le traitèrent inefficace. Ce malade qui fait des poussées diarrhéiques avec parfois dix selles pateuses par jour a depuis quelques mois, des douleurs épigastriques survenant deux heures après les rapas.

Ce malade a des réponses au Candida très positives.

Observation n° CXXVI. Mr MI.

Cet homme qui a trente six ans au moment de la consultation, souffre depuis 1958, d'un syndrome ulcéreux typique, mais ses radios et tous les examens qui ont été pratiqués ne mettent pas la lésion en évidence. Le traitement antiulcéreux est inefficace, et depuis le début de l'année 1960, ces maux disparaissent progressivement pour faire place à des brulures d'estomac et à des migraines dont le malade n'avait jamais souffert.

Ce malade dont les tests sont positifs au Candida, a été vacciné, et amélioré, mais l'arrêt de la vaccination a ramené douleurs, brûlures et migraines.

Observation n° CXXX. Mr AL.

Ce quinquagénaire présentait de tels troubles : nausées, vomissements, brûlures d'estomac, douleurs épigastriques non périodiques mais post-prandiales. Impossible à calmer, ce malade subit en 1954 une gastrectomie dont le moins qu'on puisse dire est qu'elle a été abusive. Après l'opération, la seule modification apportée au tableau clinique, a été un amaigrissement.

Ce malade a été trouvé allergique à la Tuberculine et la pratique de la tuberculinothérapie a amené rapidement une amélioration notable.

Mais nous avons mieux :

Observation n° CVII. Mme MA.

Cette malade a trente huit ans en 1960 quand elle vient consulter. Sa maladie a peut être commencé par des petites crises douloureuses abdominales à la suite desquelles une appendicectomie fut pratiquée. Avec succès semble-t-il puisque la malade n'a plus souffert jusqu'au début de l'année 1958 où apparut un syndrome ulcéreux typique. Toutes les investigations qui furent pratiquées furent normales et la malade entra à l'Hopital en 1960 pour un melaena.

Un syndrome ulcéreux typique et un melaena avec un amaigrissement, voilà qui est difficile a admettre, et pourtant tous les examens tant radiologiques qu'endoscopiques se révèlèrent normaux. Seul le test

ALLERGIE A CANDIDA				ALLERGIE A LA TUBERCULINE.			
AVEC MIGRAINES		SANS MIGRAINES		AVEC MIGRAINES		SANS MIGRAINES.	
BRULURES EPIGASTRIQUES	DOULEURS EPIGASTRIQUES	BRULURES EPIGASTRIQUES	DOULEURS EPIGASTRIQUES	BRULURES EPIGASTRIQUES	DOULEURS EPIGASTRIQUES	BRULURES EPIGASTRIQUES	DOULEURS EPIGASTRIQUES
F I	F I						
H XXI F XXXII	F XVII						
F XXXV	F XXXV						
H LIX		H LIV			F XXXVII		
	H LXI H LXIV	H LX	H LX				
				H LXIX	H LXIX		
				F CVI	F CII F CV F CVII	H LXXXIV	
				H CVIII	H CVIII		
				H CIX	F CXI		F CX

TABLEAU Nº II.

COMPARAISON ENTRE LES BRULURES ET LES DOULEURS EPIGASTRIQUES DANS L'ALLERGIE A CANDIDA ALBICANS ET A LA TUBERCULINE.

VOIR AUSSI TABLEAU Nº I2 ET CHAPITRE " BRULURES EPIGASTRIQUES " PAGE : 55

ALLERGIE A CANDIDA				ALLERGIE A LA TUBERCULINE.			
AVEC MIGRAINES		SANS MIGRAINES		AVEC MIGRAINES		SANS MIGRAINES.	
BRULURES	DOULEURS EPIGASTRIQUES	BRULURES	DOULEURS EPIGASTRIQUES	BRULURES	DOULEURS EPIGASTRIQUES	BRULURES	DOULEURS EPIGASTRIQUES.
				F CXIV	H CXVII		H CXIX
				H CXVIII	H CXX		
					H CXXII		
					H CXXIII		
H CXXVI	H CXXVI		H CXXVII			H CXXX	H CXXX
H CXLI							H CXXXV
	H CLXI		H CXLIII		F CLXIV		

ALLERGIE MIXTE.			
	F L		
H CLXIII	H CXLVII		

TABLEAU Nº I2.

COMPARAISON ENTRE LES BRULURES ET LES DOULEURS EPIGASTRIQUES DANS L'ALLERGIE A CANDIDA, A LA TUBERCULINE (SUITE DU TABLEAU Nº II) ET DANS L'ALLERGIE MIXTE.

VOIR AUSSI PAGE : 55

à la tuberculine fut positif et bien entendu la pratique de la désensibilisation améliora cette malade.

3/ Les crises épigastriques violentes.

Que nous avons classées en général dans la colonne Coliques abdominales, car seule leur topographie les oppose aux coliques hépatiques ou aux coliques sous ombilicales. Nous y reviendrons donc avec celles-ci, car elles posent certes un des problèmes les plus passionants. Rapportons cependant l'observation suivante :

Observation n° CXVIII. Mr TE.

Ce malade a vingt quatre ans en 1960 ; il est soigné depuis 1957 pour un syndrome ulcéreux plus ou moins batard, fait de douleurs épigastriques post prandiales sans périodicité manifeste, et entrecoupé de périodes de brulures. A cette date, il est hospitalisé et l'on pratique en dehors des examens cliniques et biologiques normaux, des examens radiologiques de l'estomac, de la vésicule, du grêle, du colon, des voies urinaires et bien entendu une gastroscopie et une rectoscopie.

Il est peu amélioré par le traitement prescrit, aucun diagnostic étiologique n'ayant pu être retenu quant au mois de juin 1960 des douleurs épigastriques violentes, obligeant le malade à se tordre, à peu près continuellement, ne cédant pas au repas. Ce malade est à nouveau hospitalisé et subit une nouvelle fois un examen complet. Tout est encore strictement négatif quand un test tuberculinique est pratiqué :

Réaction locale : + +

Réaction générale : température à 38°

Pas de réaction syndromique.

Ce malade a été désensibilisé à la tuberculine, depuis le mois de juillet 1960. Il l'est encore au moment ou nous écrivons ces lignes. Aucune crise violente n'est plus venue émailler son existence, seules persistent encore quelques petites douleurs abdominales sourdes, parfaitement supportables.

Les douleurs épigastriques atteignent 30 % de nos malades. Elles nous ont paru plus fréquentes dans l'allergie tuberculinique (40 %) que dans l'allergie à Candida (24 %). Si dans l'allergie tuberculinique, elles nous ont paru un peu plus fréquente dans le syndrome sans migraine (50 % contre 37 % des cas), dans l'allergie à Candida nous ne relevons pas de différence notoire.

E. LA CONSTIPATION -

Si 28 % de nos malades sont des constipés (26 cas), cette proportion s'élève à 43 % dans l'allergie à Candida (18 cas) contre 15 % dans l'allergie à la tuberculine. (6 cas seulement). Il est habituellement admis que la constipation est un fait de femme, mais nous retrouvons ici une grande quantité d'hommes :

	Hommes		Femmes	
	Avec migraines	Sans migraines	Avec migraines	Sans migraines
Candida	5	2	9	2
Tuberculine	1	0	4	1
Mixte	1	0	0	1

Au total, le petit tableau que nous venons d'incorporer à notre texte nous montre que si 17 de nos malades sont des femmes, 9 d'entr'eux sont des hommes.

Nous croyons pouvoir dire que nous avons retrouvé la constipation beaucoup plus fréquemment associée au syndrome douloureux cranien et cela dans les deux allergies.

Cette constipation si répandue est probablement le syndrome sur lequel la désensibilisation agit le moins. Bon nombre de nos malades améliorés sur bien des points, conservent leur constipation à peu près inchangée.

Nous n'avons aucune observation où elle disparait complètement après vaccination, mais cependant l'observation suivante nous paraît intéressante :

Observation n° LXXXIV. Mr IS.

Il s'agit d'un malade de trente sept ans, qui était venu consulter pour de véritables crises subocclusives, avec une constipation opiniatre (une selle par semaine) et du ballonnement. Ce malade se plaignait de fausses membranes dans ses selles, d'un abdomen sensible et en particulier d'un hypocondre droit douloureux. Il se plaignait aussi de nausées et de céphalées.

Si le test à Candida a été négatif chez ce malade, la pratique du test tuberculinique a déclenché un épisode diarrhéique très important.

Ce malade a été vacciné quelques temps et les effets de cette médication paraissaient heureux : quand il l'abandonna. Nous lui avons écrit et voici ce qu'il nous a répondu :

"J'ai effectivement arrêté le traitement de vaccination à la tuberculine. Il est certain que la vaccination me soulageait de mes troubles intestinaux. Mais ses effets ne duraient pratiquement qu'une journée, et il ne m'a jamais été possible de déterminer la dose qui me convenait le mieux.

Une chose est certaine, je souffre moins, depuis que le Professeur Sarles m'a trouvé une allergie au lait et que je me passe de cet aliment".

F. LA DIARRHEE -

C'est encore un signe que nous avons rencontré fréquemment, mais contrairement à la constipation, celle-ci réagit bien à la désensibilisation. 26 % de nos malades en souffrent (24 cas) et nous l'avons retrouvé avec autant de fréquence dans l'allergie tuberculinique (27 % des cas) que dans l'allergie à Candida (24 %) (Respectivement 11 et 10 cas ; 3 cas d'allergie mixte).

Quant à l'étude comparative, il y a assez peu de différence entre les allergies tuberculiniques, avec ou sans syndrome douloureux cranien. En revanche, l'étude de l'allergie à Candida est plus intéressante, car la diarrhée a été retrouvée dans six des quatorze cas retenus ce qui représente 40 %, alors que les quatre cas retrouvés dans l'allergie à Candida avec syndrome douloureux cranien, ne représente plus que 14 % des cas.

La diarrhée étant souvent une manifestation de l'allergie digestive alimentaire, nous avons porté (Tableau n° 13) de part et d'autres des numéros des observations, à droite les indications H ou F selon qu'il s'agissait d'un homme ou d'une femme ; à gauche, les allergènes alimentaires.

Les allergènes alimentaires se retrouvent onze fois, sur vingt-trois et le lait se retrouve neuf fois sur onze.

ALLERGIE : ALIMENTAIRE	OBSERVATIONS	CANDIDA		TUBER-CULINE		MIXTE	
		MIGRAINES	SANS MIG.	MIGRAINES	SANS MIG.	MIGRAINES	SANS MIG.
	XXXI		F				
	XXXVII			F			
	XLIII		F				
ARTICHAUTS,LAIT.....	L					F	
	LX		H				
LAIT,OEUFS.....	LIX	H					
	XC				F		
ASPERGES,PdT.,ARTICHAUTS,CHOUX,ORANGE,AIL..	XCVI			F			
LAIT,OEUFS.....	CII			F			
LAIT,TOMATES.....	CIII		F				
LAIT.....	CV			F			
	CX				F		
LAIT.....	CXIII						F
LAIT.....	CXVI		F				
	CXII			H			
	CXXIII			H			
	CXXVII		H				
	CXXVIII				H		
LAIT.....	CXXX				H		
LAIT	CXXXIV					H	
POMMES DE TERRE,TOMATE	CXXXV				H		
	CXLV	H					
	CLII			F			
	CLXIII					H	
	CLXIV			F			
	CLXVII			F			

TABLEAU Nº I3. L'ALLERGIE ALIMENTAIRE DANS LA DIARRHEE.

Remarquons en passant que les allergènes alimentaires sont toujours associés à la Tuberculine, à l'exception d'une observation où ils sont associés au Candida.

C'est l'observation n° LXI. Mr DE.

Ce malade a été testé en septembre 1959, car depuis un an, il présentait une douleur rétrosternale basse, post-prandiale, survenant deux à trois heures après les repas et accompagnée de douleurs de la fosse iliaque droite. Tendance diarrhéique précise notre observation, et céphalées. Ce malade a été guéri par la vaccination par les extraits de Candida.

Mais les 9 autres cas : 4 d'entr'eux concernent des malades qui souffrent d'une allergie mixte, Candida et Tuberculine. Quant aux cinq autres, elles concernent des malades qui ont exclusivement une allergie tuberculinique, et quels malades : ceux dont les observations sont les plus bruyantes et sur lesquelles nous reviendrons un peu plus loin, à l'occasion des syndromes douloureux abdominaux.

Nous pouvons donc dire qu'il est probable que l'allergie tuberculinique associée à l'allergie alimentaire se manifeste par de la diarrhée et qu'il s'agit d'une allergie concommittante.

Pour terminer ce chapitre, nous voudrions rapporter une observation d'une recto-colite hémorragique :

Observation n° CIII. Mme RI.

Cette malade avait vingt-cinq ans au moment où elle est venue consulter, en 1958. Dans ses antécédents, on ne relevait qu'une amibiase contractée sur le territoire métropolitain et soignée par le Professeur Blanc à Marseille. A la suite de cette amibiase, la malade a fait des poussées de rectocolite hémorragique, vérifiées à plusieurs reprises par la rectoscopie. Les traitements habituels et en particulier la corticothérapie ne donnèrent pas chez elle de résultats satisfaisants. Cette malade fut alors testée (tests alimentaires) et trouvée allergique au lait, à la tomate, au blé, au café, aux pommes de terre, aux oranges, aux pêches.

Le régime d'exclusion alimentaire fut pratiqué chez cette malade et il s'en suivi une amélioration, mais la rectocolite revenait dès que l'on réintroduisait les aliments en cause.

En 1959, la malade fut alors testée aux extraits de Candida, de microbes, aux moisissures, et à la Tuberculine. Les tests furent positifs au Candida et à une levure du blé.

Une vaccination concommittante fut entreprise.

Une observation aussi intéressante bénéficia de notre enquête du mois d'avril 1961 ; et voici ce que cette malade eut l'amabilité de nous répondre :

VACCINATION : pratiquée

DEPUIS LES TESTS : Disparition des troubles.

REMARQUES PERSONNELLES : Introduction des allergènes (alimentaires) très bien supportée pendant la vaccination, mais réapparition des troubles, dès l'arrêt du vaccin.

Tout commentaire nous paraît superflu.

G. L'ALLERGIE ALIMENTAIRE -

C'est encore là un chapitre que nous connaissons qu'imparfaitement car tous nos malades n'ont pas été testés, tant s'en faut. Nous estimons à 50 % ceux qui ont subi les tests alimentaires, ce qui correspond en gros à une cinquantaine de malades. Pourquoi cette faille ? c'est que la pratique du test alimentaire, si elle est simple en soit, n'en constitue pas moins une gêne pour le malade, et la plus part de nos observations provenant de malades de clientèle, ceux-ci ont d'abord été soumis aux tests cutanés et à la désensibilisation, et ce n'est que lorsque les résultats étaient négatifs, que l'enquête alimentaire était prescrite... lorsque les malades revenaient. Quelques uns d'entr'eux, plus chanceux ont été hospitalisés pour leur trouble dyspeptiques et les tests alimentaires ont été fait, en même temps que leur test cutanés.

Nous déplorons cette faiblesse, pour deux raisons, la première, car elles faussent nos statistiques en les amenuisant, la seconde car il y a certainement un enseignement très important à tirer de ces tests.

Nous exposons, (tableau 14) un tableau récapitulatif de tous nos cas d'allergie alimentaire associée : à gauche sont portés les allergènes alimentaires, au centre, le numéro de l'observation et à droite, trois colonnes correspondant aux allergènes en cause : Candida, Tuberculine ou Mixte (Candida et Tuberculine). Ces trois dernières colonnes nous les avons divisées d'une manière qui nous est familière, en portan à gauche les observations où ont été retrouvé des syndromes douloureux craniens (Migraines) et à droite, celles où on ne les avait pas retrouvés. Enfin dans chaque colonne, nous avons porté un H si le malade était un homme et un F s'il s'agissait d'une femme.

Ces considérations préliminaires étant posées, que nous apprend notre tableau ?

Tout d'abord le sexe importe fort peu en apparence, car nous retrouvons dix hommes pour treize femmes. La répartition selon l'allergène cutané joue également très peu car nous retrouvons huit fois le Candida, dix fois la tuberculine et cinq fois les deux.

En revanche, il y a une nette prépondérance des syndromes douloureux craniens que l'on retrouve six fois contre deux dans l'allergie à Candida ; sept fois contre trois dans l'allergie à la Tuberculine et quatre fois contre une dans la Mixte.

Du côté de l'allergène alimentaire, le plus souvent cité est le lait que nous retrouvons quatorze fois sur vingt-trois, puis très loin derrière la tomate (cinq fois), les œufs, les épinards et les pommes de terre (trois fois), le choux, les asperges et les artichauts (deux fois), les autres enfin.

Notons en passant, sans en tirer de conclusion générale, que le lait s'associe six fois à la Tuberculine chez les femmes et une fois chez un homme ; il s'associe deux fois au Candida chez les hommes et une fois chez une femme. D'après ce tableau, l'allergie concommittante au lait semble se manifester plus volontiers avec la Tuberculine et chez la femme.

Enfin, le lait nous paraît être un allergène concommittant surtout pour la Tuberculine, les autres allergènes alimentaires étant plus volontiers associé au Candida.

Nous ne citerons ici aucune observation spéciale à propos de l'allergie alimentaire nous rappellerons l'observation n° XXXVII que nous avons déjà cité page 34 et qui relate l'histoire de cette malade qui avait des migraines

ALLERGIE : ALIMENTAIRE.	OBSERVATIONS	CANDIDA.		TUBER-CULINE.		MIXTE.	
		MIGRAINES	SANS MIG.	MIGRAINES	SANS MIG.	MIGRAINES	SANS MIG.
EPINARDS	XXI	H					
EPINARDS,TOMATES,RIZ	XXVII	F					
LAIT,POMMES DE TERRE	XXXVII			F			
EPINARDS,CHOUX,OEUFS,CHOCOLAT,ORANGE	XLVI	F					
LAIT,ARTICHAUTS	L					F	
ASPERGES,HARICOTS VERTS	LIV		H				
LAIT,OEUFS	LIX	H					
LAIT	LXI	H					
LAIT	LXXXIV			H			
ASPERGES,PdT.,ARTICHAUTS,CHOUX,ORANGE,AIL	XCVI			F			
LAIT,OEUFS	CII			F			
LAIT,TOMATES	CIII		F				
LAIT	CV			F			
LAIT	CX				F		
LAIT,TOMATES	CXI			F			
LAIT	CXIII						F
LAIT	CXVI		F				
POMMES DE TERRE	CXVIII	H					
VIN,BOEUF	CXXV			H			
LAIT	CXXX					H	
LAIT	CXXXIV					H	
POMMES DE TERRE,TOMATES	CXXXV				H		
LAIT,TOMATES	CXXXVI					F	

TABLEAU Nº I4. L'ALLERGIE ALIMENTAIRE DANS L'ALLERGIE A :

CANDIDA ALBICANS, TUBERCULINIQUE ET MIXTE.

avec vomissements profus, malade guérie par la suppression du lait dans les quinze jours qui précèdent les règles et la pratique de la tuberculinothérapie.

Rappellons aussi, l'observation n° CIII, publié page 46, où la malade nous dit qu'elle peut réintroduire les allergènes alimentaires (lait et tomates) quand elle est en même temps désensibilité à la Tuberculine.

Nous avons également publié les observations n° LXXXIV, page 44, (Tuberculine et Lait); n° CXIII, page 38 (Tuberculine et Lait) ; n° CXXXV, page 37 (Pommes de terre, Tomates et Tuberculine).

H. LES SYNDROMES ALLERGIQUES CLASSIQUES -

Nous groupons sous cette rubrique, les syndromes que tout le monde sait être de la série allergique, c'est-à-dire essentiellement : l'Urticaire, l'Eczéma, l'Œdème de Quincke, la Pollinose (corryza spasmodique, rhinite saisonnière) et l'Asthme. Ce qui revient à dire que nous pourrions appeler cette rubrique : L'Asthme et ses Equivalents Mineurs.

Eh bien chacun de ces syndromes occupe une place d'importance très inégale dans notre syndrome.

C'est l'Urticaire que nous avons rencontré le plus souvent avec vingt-deux observations, puis l'Eczéma avec quinze cas, l'Œdème de Quincke avec neuf cas, la Pollinose avec sept cas et l'Asthme qui n'est cité que deux fois.

Fidèle à notre principe des tableaux, nous en avons fait deux (cf. figure 15 et 16), l'un ou nous avons porté l'allergie au Candida, l'autre ou nous avons porté l'allergie tuberculinique et la mixte. Ces tableaux sont divisés en cinq colonnes, correspondant aux cinq syndromes décrits et nous avons porté les numéros des observations en cause, précédés de la lettre H ou F selon qu'il s'agissait d'un homme ou d'une femme.

Ces tableaux nous apprennent que trente-sept de nos malades ont à se plaindre d'un syndrome allergique classique et que cette proportion déjà très élevée l'est beaucoup plus pour le Candida, où nous retrouvons vingt deux cas, ce qui sur un total de quarante deux cas, nous donne 52 %, c'est-à-dire la même proportion que les migraines. Dans l'allergie tuberculinique, les dix cas que nous retrouvons, correspondent à 25 %.

Ces syndromes sont d'ailleurs associés :

Sur vingt deux cas d'allergie à Candida, neuf observations se retrouvent dans plus d'une colonne ;

Sur les dix cas d'allergie tuberculinique, quatre ;

Sur les cinq cas d'allergie mixte, trois.

1/ L'Urticaire.

Si nous lisons le tableau n° 15 une chose nous frappe, sur treize cas rapportés, il y a seulement quatre hommes pour neuf femmes. En revanche, dans les allergies tuberculiniques et mixtes, la proportion est beaucoup plus nuancée.

Le cas le plus typique que nous ayons est le suivant :

Observation n° LXXIII. Mr FO.

Ce malade avait vingt trois ans en 1956 quand il est venu consulter le Docteur Roger Sarles pour des troubles digestifs durant depuis plusieurs mois et se manifestant essentiellement par des douleurs de l'hypochondre droit avec des vomissements et des crises de diarrhée,

ALLERGIE A CANDIDA.				
URTICAIRE	ECZEMA	OEDEME DE QUINCKE.	POLLINOSE	ASTHME.
H XIV.....	.....	.....	...H XIV	
F XVII				
	H XXI			
	F XXVII			
F XXXV				
F XXXVI	.....	..F XXXVI.....	...F XXXVI	
F XLV				
F XLVI.....	F XLVI.....	..F XLVI		
	H LIV			
			F LVII.....	..F LVII
	H LX.....	..H LX.....	...H LX	
H LXV				
H LXXIII....	.H LXXIII.....	..H LXXIII.....	.H LXXIII.....	..H LXXIII.
F CXVI				
H CXXXII				
	H CXL			
	H CXLIII			
	H CXLV			
F CLII				
	H CLVIII			
F CLX.....	.F CLX.....	..F CLX		
F LI				

TABLEAU Nº I5. LES SYNDROMES ALLERGIQUES CLASSIQUES

DANS L'ALLERGIE A CANDIDA ALBICANS.

ALLERGIE A LA TUBERCULINE.

URTICAIRE	ECZEMA	OEDEME DE QUINCKE	POLLINOSE	ASTHME.
			H LXXXIII	
H LXXXIV				
F CII.....	.....	...F CII		
F CIII				
H CIX				
H CXXII				
	F CXXXVIII			
			H CXLII	
H CLIII.....	.H CLIII.....	..H CLIII.....	.H CLIII	
	F CLXIV		F CLXIV	

ALLERGIE MIXTE.

F CXV				
H CXXXIV.....	.....	.H CXXXIV		
F CXXXVI.....	.....	.F CXXXVI		
		H CXLVII		
	H CLXIII			

TABLEAU Nº I6. LES SYNDROMES ALLERGIQUES CLASSIQUES

DANS L'ALLERGIE A LA TUBERCULINE

ET L'ALLERGIE MIXTE.

sans glaires ni membranes. Rien n'expliquait ces troubles et le malade, issu d'une famille d'allergiques, avait souffert d'un asthme infantile qui avait disparu à la puberté. Il faisait fréquemment des poussées d'eczéma, un corryza spasmodique, des oédèmes de Quincke et se plaignait aussi d'un urticaire quotidien.

C'était le tout début des tests et des vaccinations, et ce malade fut trouvé allergique au Candida.

La désensibilisation dura trois ans : de juillet 1956 à août 1959. Elle est aujourd'hui arrêtée, et le malade se porte bien.

Indiquons pour terminer qu'il ne nous a pas semblé qu'il y avait plus d'urticaire dans le syndrome douloureux cranien que dans l'autre, en revanche l'urticaire est beaucoup plus fréquent dans l'allergie au Candida que dans l'allergie tuberculinique.

2/ L'Eczéma.

Voilà encore un syndrome qui prédomine nettement dans l'allergie à Candida (onze fois, contre trois fois dans l'allergie tuberculinique). A la différence de l'urticaire, nous trouvons ici une nette prédominance d'hommes : huit hommes pour femmes et encore deux d'entr'elles ont des manifestations allergiques poussées puisqu'on les retrouve dans les colonnes Urticaire et Œdème de Quincke (Observation n° XLVI et CLX).

Il ne s'agit jamais, tout au moins dans les observations que nous avons pu recueillir d'un trouble majeur : prenons par exemple l'observation suivante :

Observation n° XLVI. Sœur JU.

Si cette malade est venue consulter à l'âge de cinquante deux ans (en 1958), l'histoire réelle de sa maladie a en fait commencé vingt ans plus tôt, au mois d'août 1938 où la malade a fait une crise se traduisant par des nausées, des vomissements et un œdème du visage. Depuis lors, au moment des règles elle se plaint de picotements dans les mains, d'urticaire, d'œdème localisé aux mains, au visage et aux pieds.

La période de la guerre fut marquée chez cette malade par des migraines qui disparurent par la suite, mais en 1946, la malade se plaignait de vomissements. En 1952, apparition d'un eczéma du pavillon et de l'anus, qui disparaît à son tour. Entre temps la malade était bien, seules persistaient les crises cataméniales. En 1958, au moment de la consultation, elle se plaignait à nouveau de nausées après le repas de midi, de vertiges, de nez bouché.

Elle fut testée à la Candidine et les résultats furent les suivants :

Candidine	Réaction précoce	Réaction tardive.
1/1 000	+	20 mm (++)
1/10 000.	+	10 mm (+)

La découverte d'une allergie alimentaire concommittante, au choux, au chocolat, aux épinards, aux œufs, aux oranges amena l'exclusion alimentaire de ces allergènes ; la désensibilisation associée guérit cette malade.

L'eczéma est-il plus fréquent dans les syndromes migraineux ? Pour ce qui est de l'allergie au Candida, la proportion est à peu près la même.

Pour la tuberculine, les chiffres sont un peu plus évocateurs : nous n'en n'avons retrouvé aucun cas associé à un syndrome douloureux cranien, et trois cas sur onze dans l'autre syndrome.

3/ L'Œdème de Quincke.

Il s'agit encore-là d'une manifestation qui prédomine dans l'allergie à Candida : cinq cas, contre deux dans l'allergie tuberculinique. Tous nos cas d'ailleurs à l'exception de 2 (n° LXIV et n° CXLVII) coincident avec d'autres manifestations allergiques.

Nous avons très peu de choses à dire à son sujet, dans toutes nos observations il s'agit d'un phénomène accessoire. Rappelons que nous avons déjà cité page ( ), l'observation n° LXIV où nous voyons un œdème palpébrale dont l'origine allergique ne fait pas de doutes coexister avec des troubles digestifs.

4/ Les Pollinoses.

Ce chapitre ne devrait pas avoir un développement plus important que le précédent, car statistiquement parlant, il est aussi mince d'intérêt que lui : 5 cas rapportés dans l'allergie à Candida, quatre dans celle à la Tuberculine, autant de cas dans les syndromes douloureux craniens que dans les autres, tout au plus pourrions-nous dire que nous avons retrouvé cinq hommes pour deux femmes.

Et cependant nous profiterons de ce chapitre, pour exposer une des observations les plus intéressantes de toutes et que nous avons eu le privilège d'observer nous-même. On comprendra dès lors notre prolixité que l'on voudra bien nous pardonner devant l'importance du syndrome.

Observation n° CLIII. Mr TH.

Malade né en août 1916 dans la Marne, Inspecteur Central de l'enregistrement.

ANTECEDENTS. Mère décédée de tuberculose pulmonaire en 1926 à l'âge de 48 ans.
Sœur décédée de tuberculose pulmonaire en 1935 à l'âge de 28 ans.
Personnels : scarlatine en 1928.
ablation des amygdales et des végétations en 1930.

HISTOIRE DE LA MALADIE.

Début en 1940. à St. Mihiel, en captivité en Allemagne, apparition au mois de juillet d'une diarrhée sanglante (8 à 10 selles par jour) jusqu'à la mi-novembre. Disparition du sang ensuite, mais persistance des troubles jusqu'en décembre 1940. La cause de cette diarrhée sanglante n'est pas, connue, 1 000 des 3 000 prisonniers en étant atteint. On avance les diagnostics globaux de Parasitose ou de carence alimentaire.

Février 1941. Hémoptysie, température à 39° ; les radios mettent en évidence un infiltrat sous claviculaire bilatéral. La bacilloscopie est négative.

Septembre 1941. Considéré comme stabilisé après avoir été traité à l'Hopital Desgennettes à Lyon ; mais le mauvais état général persistant, une nouvelle radio montre une reprise du processus tuberculeux (bacilloscopis négative) et soigné à l'Hopital de Lauwe à Montpellier.

Janvier 1942. Départ pour le sanatorium du Grand-Hôtel à Leysin (Suisse) où il fait en février 42 une nouvelle hémoptysie. Apparition

d'un eczéma périanal bientôt suivi d'un eczéma auriculaire. Disparition de ces deux eczémas.

Septembre 1942. Considéré comme guéri de sa tuberculose pulmonaire, retour en France et repos jusqu'en janvier 1943 en Auvergne, puis prise de son poste à Grenoble.

Janvier 1943. Apparition des crises de rhinites spasmodiques. 3 crises par semaine, durant environ 20 heures chacune dont 10 heures de souffrances atroces. En 1943 et en 1944, ablation des cornets inférieurs et moyens sans aucune action sur les crises. En 1945, le malade est nommé à Epernay, où les crises continuent avec la même fréquence et la même intensité. Idées de suicide très fréquentes et refoulées à grand prix en raison de sa famille (une femme et deux filles). Le malade constate alors qu'en été, en prenant ses vacances dans le pays de sa femme (Montpellier), les crises disparaissent à peu près complètement. Une radio mettant en évidence une molaire incluse, elle est enlevée mais cela n'amène aucune amélioration.

En 1947. Le malade est alors nommé à Montmorrillon (Vienne) où le climat est très humide et où les crises sont encore plus fréquentes (pratiquement une crise chaque jour). Cependant, à chaque départ en vacances, le malade est bien, et comme il ne peut pas avoir le midi de la France, il demande sa mutation en Algérie, le traitement par Antergan, Néoantergan puis Phénergan étant inefficace.

En 1948. Le malade fait une occlusion intestinale (?), douloureuse cédant finalement à la Coreine et expulse peu après un ténia.

En 1950. Le malade est nommé à Sidi Bel Abbes où il bénéficie d'un climat très sec et où les crises de rhinites disparaissent comme par enchantement. Se croyant guéri, il demande en mai 51, pour des raisons professionnelles sa mutation pour Blida. Il y trouve un climat très humide et les crises de rhinites reprennent de plus belle pour cesser dès que le malade revient passer ses vacances dans la région montpellieraine.

En 1953. Le malade fait une crise violente caractérisée par des douleurs durant 48 heures, dyspnée, état de choc marqué, impression d'évanouissement. Ce malade rattache cette crise à l'ingestion d'un repas mais qu'il n'a pas pris seul et il a été le seul à être malade. Quoiqu'il en soit, cette crise guérie, apparition de bourdonnements d'oreilles qui ne cesseront plus et réapparition des eczémas périanal et auriculaires qui vont suinter pendant des années.

En juin 53. Un poste étant libre à Sidi Bel Abbes, et espérant retrouver la tranquilité, le malade redemande sa mutation. Hélas, si les crises de rhinites diminuent effectivement, le malade est alors sujet à des hémorragies intestinales aussi nombreuses qu'importantes : hémorragies de sang rouge avec parfois un point douloureux périombilical. Les eczémas continuent et le malade remarque qu'il prédomine toujours soit l'eczéma ; soit les crises de rhinites, soit les hémorragies. Un traitement antiamibien est essayé mais sans succès, d'ailleurs, aucun parasite n'a jamais été retrouvé dans ses selles.

En juin 55 lors d'un congé dans la région montpelliéraine, crise de rhinite. Le malade consulte alors un ORL qui lui conseille de demander sa mutation pour le Briançonnais. Celle-ci lui est refusé pour des raisons administratives, et rentré en Algérie, les crises douloureuses abdominales continuent de plus belle comme les hémorragies.

En 1958. Devant l'état général, une radio pulmonaire est faite et elle montre une rechute de sa tuberculose pour laquelle le malade est envoyé à Briançon. Il y est alors soigné dans un sanatorium par le Dr Fay et le traitement est de 6 comprimés de Rimifon, 3 ampoules d'Ultralevure et 6 comprimés d'Aphilan-R. Le malade est alors très bien et n'a plus ni eczéma, ni hémorragies, ni douleurs, ni rhinites. En 3 mois, il reprend 10 kilos et la reprise de son travail est envisagée en mars 1959... quand réapparaissent des filets de sang dans les selles et que l'état général recommence à se détériorer.

Décembre 1959. Le malade étant considéré comme guéri de sa tuberculose, les hémorragies intestinales reprennent de plus en plus abondantes. Elles paraissent stoppées par le Stovarsol, mais reviennent fin janvier 1960.

Mars 1960. Le malade est nommé à Manosque où son arrivée est marquée par une hémorragie intestinale de sang rouge, extrêmement abondante. Le malade est alors adressé au Docteur Martin, Gastro-entérologue à Grenoble qui pratique une rectoscopie qui est normale sur dix-huit centimètres. Sont également pratiqués des clichés de l'intestin grèle et du colon qui ne mettent en évidence, aucune lésion organique. Ce malade est alors considéré comme un polyallergique et renvoyé à Briançon pour y être testé. On le trouve allergique à la poussière de maison et aux poils de chien, une désensibilisation est alors entreprise.

Mai 1960. Nous avons l'occasion de voir alors ce malade pour sa désensibilisation et comme il nous raconte son histoire et qu'il nous signale que ses crises de rhinites recommencent et qu'il maigrit, nous l'adressons au Docteur M. Blanc à Aix en Provence pour le faire tester à la Tuberculine.

La réponse est locale, générale et même syndromique (crise de rhinite) et la désensibilisation est entreprise.

Juillet 1961. Nous revoyons de revoir ce malade, son état général est excellent, il n'a plus de rhinites, plus d'hémorragies, plus d'eczéma (sauf parfois autour de l'anus). Sur les conseils du Dr Blanc, la vaccination à la poussière de maison a été reprise et associée à la désensibilisation tuberculinique.

Octobre 1961. La vérité nous oblige à dire que notre malade a refait une hémorragie intestinale au début de ce mois, mais il faut dire que c'était en revenant des obsèques de sa belle mère dont le décès, pourtant attendu depuis plusieurs mois l'avait considérablement affligé. Cette hémorragie a d'ailleurs été sans lendemain et actuellement (novembre 1961) il est aussi bien que possible.

Si l'on ne peut donc pas parler de succès à 100 % chez ce malade, les résultats obtenus doivent être cependant considérés comme entièrement satisfaisants.

5/ L'asthme.

Il n'occupe ici qu'une toute petite place (signalé seulement dans deux observations et encore d'une manière très accessoire).

I. LES BRULURES EPIGASTRIQUES -

Peu de choses à dire sur les brûlures épigastriques, elles sont très fréquentes, car nous les avons rencontrés dix-neuf fois ; ce qui fait juste

20 % des cas. Proportionnellement parlant, elle touchent un peu plus les malades atteint d'allergies au Candida. Nous avons eu soin, dans notre décompte de ne pas tenir compte des brûlures épigastriques habituellement attribuées à la présence saprophyte du Candida : ces dernières disparaissent dans le plus grand nombre des cas avec de la Mycostatine, nous n'avons considéré que les brûlures rebelles au traitement.

Proportionnellement parlant, elles nous ont paru beaucoup plus nombreuses dans l'allergie tuberculinique sans syndrome douloureux cranien (40 % contre 17 %).

L'étude des rapports entre les brûlures et les douleurs épigastriques a fait l'objet d'une enquête poussée, dont les résultats sont colligés dans les tableaux n° 11 et 12.

Ces tableaux sont construits selon la technique habituelle : le numéro des observations est précédé du symbole H ou F selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme et les observations qui possédaient à la fois des brûlures épigastriques et des douleurs épigastriques ont été encadrées. On voit que cette éventualité ne se retrouve que six fois sur vingt-huit cas de douleurs et sur dix-neuf cas de brûlures. Nous pensons donc que douleurs et brûlures ne sont pas liées.

Un mot encore avant de conclure ; sur les dix neuf cas retrouvés, il y a treize observations d'homme et six de femme.

J. LES CRISES ABDOMINALES -

Il s'agit là de phénomènes paroxyxtiques se développant soit sur un fond douloureux plus ou moins marqué, soit au contraire éclatants comme "un coup de tonnerre dans un ciel serein". Ce dernier terme peut surprendre, car il est consacré à toute autre chose, mais en pratique il correspond si bien à ce que nous avons observé que nous ne pouvons pas ne pas l'employer en nous excusant de cet emprunt. Exemple :

Observation n° CLXXX. Mr AG.

Cette observation ne figure pas dans les quatre vingt douze retenues mais nous ne pouvons résister au désir de la citer, tant elle est caractéristique. Il s'agit d'un homme de quarante ans qui a été en bonne santé jusqu'en décemblre 1959, date à laquelle il a fait une violente crise abdominale à cinq heures du matin. Il s'agit de coliques extrêmement violentes, avec envie impérieuse d'aller à la selle allant jusqu'à la syncope vraie avec perte de connaissance. 5 crises se sont succédées ainsi jusqu'au mois de février 1961, date à laquelle il est venu consulter.

Les examens courants étant insuffisant pour donner une explication satisfaisante ce malade fut testé.

Candida	Réaction précoce	Réaction tardive
1/1 000	+ + +	0
1/10 000	+ +	0

Tuberculine. (injection de cinquante unités, ce qui correspond à la moitié de la dose usuelle que nous définissons dans le chapitre Diagnostic) :

Réponse locale : douleur.

Réponse générale : température à 38°5.

Réponse syndromique : déclenchement d'une crise abdominale dans les vingt quatre heures qui suivirent le test.

Ce malade actuellement désensibilisé ne présente plus de crises.

A côté de cette observation il nous paraît nécessaire de publier celle-ci :

Observation n° L. Mme VA.

Cette malade a cinquante ans au moment de la consultation (début 1959) mais sa maladie a commencé bien plus tôt.

En 1929, elle a été opérée pour des troubles dyspeptiques, banaux, étiquetés "Appendicite chronique" l'amélioration dura quatre ans, puis ses petites misères recommencèrent : poussées diarrhéiques, nausées, vomissements biliaires, tant et si bien que la malade est à nouveau opérée pour une cholecystostomie (boue biliaire).

En 1944, les troubles s'accentuent, s'accompagnent de céphalées et de crises abdominales subocclusives tant et si bien qu'en 1946 elle retourne sur la table d'opération pour une cholécystectomie (Vésicule enflammée, non lithiasique dit le protocole opératoire).

Elle n'en avait pas finie cependant, puisque ses troubles continuant, c'est une vagotomie bilatérale qui est pratiquée en 1952.

Tous ses traitements se révélant inefficaces, on lui fit de la radiothérapie abdominale. Sans plus de succès d'ailleurs.

En 1955 enfin, elle eut la chance de faire une arthrite suppurée du genou, amenant l'immobilisation platrée pendant huit mois. Pendant toute cette période et pendant l'année qui suivit, tous les troubles digestifs disparurent.

La malade consulta le professeur Sarles en 1959. Elle fut testée, car dès 1957, les troubles digestifs avaient reparus, de plus en plus intenses, en particulier les crises abdominales subocclusives.

Les tests alimentaires furent positifs pour le lait et les artichauts. Les tests cutanés donnèrent les résultats suivants :

Candida	Réaction précoce	Réaction tardive.
1/1 000	0	+ +
1/10 000	0	0

Tuberculine : Réaction locale : Très intense.

Réaction générale : température à 39°.

Réaction syndromique : violente crise subocclusive.

Nous avons interrogé cette malade au cours de notre enquête du mois d'avril 1961. Elle nous a écrit qu'elle était guérie après dix-huit mois de désensibilisation, mais qu'elle ne pouvait reprendre du lait (l'exclusion seule du lait s'était révélée inefficace).

Ces crises abdominales sont extrêmement fréquentes (tableau n° 17) et nous avons été très surpris de voir qu'aucun auteur qui s'était intéressé à la question ne les avait signalées. Nous les avons retrouvées vingt-trois fois, ce qui représente 25 % des cas avec un tropisme très net pour la Tuberculine : nous l'avons retrouvé dix-sept fois contre quatre fois dans l'allergie au Candida, comme le précise le tableau n° 6 encore que l'observation n° L que

ALLERGIE : ALIMENTAIRE	OBSERVATIONS	CANDIDA.		TUBER-CULINE.		MIXTE	
		MIGRAINES	SANS MIG.	MIGRAINES	SANS MIG.	MIGRAINES	SANS MIG.
LAIT;POMMES DE TERRE.....	XXXVII			F			
	XXXVI			F			
ARTICHAUTS;LAIT.....	L					F	
	LX		H				
LAIT.....	LXXXIV			H			
	XC				F		
ASPERGES;PdT.;ARTICHAUTS;ORANGE;CHOUX;AIL...	XCVI			F			
	CI		H				
LAIT;OEUFS.....	CII			F			
LAIT.....	CV			F			
	CVII			H			
	CVIII			H			
	CIX			H			
LAIT;TOMATES.....	CXI			F			
LAIT.....	CXIII			F			
	CXVII			H			
POMMES DE TERRE.....	CXVIII			H			
	CXIX			H			
	CXXVII		H				
POMMES DE TERRE.....	CXXXV				H		
LAIT;TOMATES.....	CXXXVI					F	
	CXXXVIII			F			
	CLVI		H				

TABLEAU Nº I7. LES CRISES ABDOMINALES AIGUES.

nous venons de publier est-elle classée dans la catégorie mixte bien que la désensibilisation au Candida ait été suspendue quelques semaines plus tard.

Ce tableau est d'ailleurs instructif : il nous apprend que la répartition selon le sexe importe fort peu car nous avons à peu près autant d'hommes que de femmes. En revanche le tropisme pour la colonne "Tuberculine-Migraines" est très marqué puisque nous y retrouvons quinze de nos malades.

Onze fois sur vingt trois nous constatons la présence concommitante d'une allergie alimentaire et sur ces onze fois, le lait est cité huit fois et les pommes de terre quatre fois.

S'agit-il des onze même observations que nous avons retrouvées en étudiant les rapports entre l'allergie alimentaire et la diarrhée ? (Cf page 44 et tableau n° 13). Pas exactement car nous retrouvons que six observations :

L, XCVI, CII, CV, CXIII, CXXXV.

Ces six observations ont ceci de commun, que dans quatre cas, l'allergène alimentaire en cause est le lait et qu'à l'exception du n° CXXXV, il s'agit toujours de femmes souffrant de migraines et l'allergène cutané responsable est la Tuberculine, et ceci même pour le numéro CXXXV qui est un homme.

Le type de la douleur.

Le tableau n° 18 précise le type de la douleur dans les crises abdominales, tel que nous avons pu l'individualiser par la lecture des observations. Nous voyons que les crises épigastriques sont les plus nombreuses, (douze cas, six hommes, six femmes) ; les crises abdominales, c'est-à-dire diffuses de tout l'abdomen, viennent ensuite avec sept cas (quatre hommes et trois femmes) enfin les crises reproduisant à s'y méprendre les coliques hépatiques sont les plus rares : 4 cas seulement, trois femmes et un homme. Par soucis d'objectivité nous avons porté en regard les allergènes alimentaires, mais nous ne voyons aucun enseignement spécial à retirer de cette confrontation.

a) Les crises épigastriques.

Ce sont donc les plus nombreuses. En voici un cas :

Observation n° CV. Mme PO.

La malade dont il s'agit a quarante huit ans en 1959 et elle souffre depuis deux ans, toutes les nuits ou presque, de crises douloureuses épigastriques, survenant à une heure du matin par une douleur transfixiante "comme si on la coupait au couteau" avec l'impression d'étouffer. Bien que toujours centrés sur l'épigastre, la douleur remonte ensuite le long des deux bords du sternum, puis elle descend latéralement et enfin envahit tout l'abdomen. Une vingtaine de minutes plus tard, elle s'estompe lentement, en même temps que son abdomen se ballonne considérablement. Dans la journée, la malade est bien, elle signale de temps en temps des nausées, des vertiges, des migraines et deux à trois fois par mois, des crises de diarrhée.

Cette malade présente une allergie tuberculinique et une allergie au lait.

La tuberculinothérapie a diminué considérablement l'intensité de ses crises, mais son arrêt prématuré a ramené les crises. Il a fallu reprendre la vaccination.

ALLERGENES ALIMENTAIRES.	OBSERVATIONS	CRISES EPIGASTRIQUES	CRISES ABDOMINALES	CRISES HEPATIQUES
	XXXVI	F		
LAIT,POMMES DE TERRE.....	XXXVII	F		
LAIT,ARTICHAUTS.....	L		F	
	LX		H	
LAIT.....	LXXXIV		H	
	XC	F		
ASPERGES,PdT.,ARTICHAUTS,CHOUX,ORANGE,AIL.	XCVI	F		
	CI		H	
LAIT,OEUFS.....	CII			F
LAIT.....	CV	F		
	CVII	H		
	CVIII	H		
	CIX			H
LAIT,TOMATE.....	CXI			F
LAIT.....	CXIII			F
	CXVII		H	
POMMES DE TERRE.....	CXVIII	H		
	CXIX	H		
POMMES DE TERRE.....	CXXV		H	
LAIT,TOMATES.....	CXXVI		F	
	CXXVIII	F		
	CLVI	H		

TABLEAU Nº I8. LA REPARTITION EXACTE DES CRISES "ABDOMINALES".

b) Les crises abdominales.

Ce ne sont que des variantes que des précédentes, puisque nous venons de voir que l'observation précédente aurait pu avec un peu de complaisance se classer dans celles-ci.

Observation n° CXVII. Mr HE.

Malade de quarante cinq ans, qui fait en 1954 une crise douloureuse fébrile pour laquelle une appendicectomie est pratiquée. Par la suite, cet homme fait des crises douloureuses abdominales si intenses que le Professeur Henry pratique une laparotomie exploratrice dont il ne retire aucun renseignement. (1955) Les crises continuant, le Professeur Lamy pratique en 1956 une cholecystectomie pour une vésicule non lithiasique et une sphincterotomie car la radiomanométrie per-opératoire pratiquée par le Professeur Agrégé Sarles révèle une hypertonie oddienne. Dans les suites, les douleurs diminuent un peu mais persistent cependant en crises et deviennent à topographie plus volontiers épigastriques.

La pratique de la désensibilisation tuberculinique a, par contre bien amélioré ce malade.

c) Les crises hépatiques.

Elles sont elles plus franches à classer ; nous n'en avons retrouvé que quatre :

Observation n° CII. Mme SA.

Elle a cinquante trois ans quand elle vient consulter, mais les troubles remontent à deux ans auparavant. Elle se plaint surtout de crises douloureuses de l'hypochondre droit identiques aux coliques hépatiques les plus authentiques et de diarrhée. Ces crises se reproduisent en moyenne toutes les semaines ; cette malade est sujette à l'urticaire, au corryza spasmodique, aux crampes musculaires, aux migraines (hémicranie droite), elles fait des ecchymoses facilement, souffre d'une asthénie matinale importante et fait des réactions allergiques du type œdème de Quincke après l'absorption de certains médicaments (Aspirine). Bref, c'est certainement le tableau le plus complet que nous ayons.

Les tests, s'ils sont négatifs pour le Candida, sont légèrement positifs pour le lait et les œufs, en revanche, la Tuberculine déclencha une réaction locale, une réaction générale et réaction syndromique très intense, avec colique hépatique et diarrhée.

Cette malade est désensibilisée depuis deux ans, elle se porte bien.

d) Les crises fébriles.

Deux mots simplement pour dire que dans nos observations nous avons retrouvé deux fois deux fois, au cours d'allergie tuberculinique avec syndrome douloureux cranien des crises fébriles (Observations n° CXI et CXVII) dont nous ignorons complètement l'origine et les rapports qu'elles peuvent bien avoir avec le sujet qui nous intéresse.

K. LE BALONNEMENT -

Nous nous y étendrons fort peu, c'est un signe que l'on rencontre avec une fréquence relative : 13 cas en tout, ce qui représente 14 % des cas. Sur ces treize cas, cinq se retrouvent dans l'allergie à Candida, 6 dans la Tu-

berculine et 2 dans la Mixte. Il fait soit suite aux crises douloureuses (Cf observation n° LXXXIV) soit le plus souvent il est associé au syndrome dyspeptique.

Syndrome discret il réagit correctement à la désensibilisation.

L. L'ASTHENIE -

Son étude est aussi peu intéressante que celle du ballonnement, nous l'avons retrouvé seize fois en tout, six fois dans la tuberculine, sept fois dans le Candida, trois fois dans les deux.

Ce syndrome réagit très bien à la désensibilisation et aux thérapeutiques associées.

M. LE PROBLEME DES HEMORRAGIES INTESTINALES -

Ce chapitre correspond à la colonne "Sang dans les selles", où nous n'avons pointé que les malades qui ne l'étaient pas dans la colonne "Hémorroïdes" réservée aux Hémorragies hémorroidaires. Colonne bien modeste en soi (sept cas, cinq dans l'allergie tuberculinique, deux dans celle à Candida) son importance nous paraît fondamentale en raison des problèmes qu'elle soulève.

Nous avons rapportés suffisamment longuement l'observation n° CLIII pour ne pas la détailler à noùveau, mais nous rappellerons que ce malade a fait des hémorragies dont on n'a jamais pu trouver la cause et qu'elles ont cessé à la tuberculinothérapie, en même temps que toutes les autres misères dont ce malade était atteint.

Citons cependant l'observation suivante :

Observation n° CLXXXI. Mr FO.

Il s'agit d'un capitaine au Long Cours de trente six ans qui est entré au mois de décembre 1960 dans le service de notre Maître, le Docteur Roger Sarles pour "mise en observation".

Histoire de la maladie :

1953. Apparitions de quelques douleurs de l'hypocondre droit. Sans fièvre ni vomissements.

1956. Présence de sang (?) dans les selles (seul le malade l'affirme) pendant une poussée douloureuse abdominale (douleur en barre) durant quinze jours.

Toutes les explorations radiologiques et cliniques pratiquées n'ont donné aucune explication et le malade a consulté de nombreux médecins, tant outre-mer, qu'à Paris ou à Marseille.

1957. Quelques douleurs diffuses de l'abdomen, sans caractères précis.

1958. Pendant un mois, douleur épigastrique, en coup de poignard, calmée par l'alimentation. Amaigrissement de dix Kilos en un an.

1959. Deux à trois crises dans le courant de l'année, mais moins intenses que celle de l'année 1958.

Février 1960. Le malade fait une crise qui dure un mois environ et qui se divise de la manière suivante :

Douleur au creux épigastrique pendant quatre à cinq jours, puis

Douleur en barre pendant vingt jours, enfin

Douleur de l'Hypocondre droit, avec vomissements bilieux pendant huit jours.

Depuis le mois de février, vomissements très fréquents, sans température et amaigrissement de cinq kilos dans l'année.

Octobre 1960. Réapparition de la douleur de l'hypocondre droit et certains jours, de la douleur en barre.

Antécédents : Péritonite à l'âge de six ans (d'origine appendiculaire).

2 à 3 crises réputées palustres.

Pas d'éthylisme.

Quelques crises d'asthme, rhume des foins, urticaire.

Le malade a déjà fait un accident allergique à la suite d'une injection d'Intrabilix.

Tel est l'état à l'entrée de ce malade. Il amène avec lui, le 11 octobre un volumineux dossier radiologique qui n'apporte aucun renseignement tangible. Le 17 octobre, le malade fait dans le service un melaena confirmé par le laboratoire qui retrouve des hématies dans ses selles. Tous les examens furent refaits dans le service : radiographies : de l'œsophage, de l'estomac, du grêle, du colon ; gastroscopie, laparoscopie, rectoscopie, épreuves pancréatiques, examens complets de laboratoire.

Les tests alimentaires furent pratiqués, mais ils furent tous négatifs ; les tests cutanés en revanche furent violemment positifs pour le Candida, (+++) et la désensibilisation entreprise à la sortie du malade (Noël 1960).

Dans les quelques mois qui suivirent, l'amélioration se manifesta, par une reprise de poids, par la cessation presque complète des douleurs et la disparition des hémorragies intestinales. Malheureusement le métier même du malade, interdisait un traitement de désensibilisation correct, et les résultats actuels prouvent que l'absence d'un traitement bien fait est certainement responsable de la reprise des douleurs, qui répétons-le s'étaient bien améliorées ainsi que son état général.

Nous ne voudrions pas dire que toutes les hémorragies intestinales dites cryptogénétiques sont d'origine allergique, mais des observations comme celles-ci ou comme le n° CLIII, doivent nous inviter à poursuivre les investigations dans le sens allergologique, quand toutes les autres hypothèses ont été écartées.

N. LES DOULEURS DE L'ABDOMEN ET DE L'HYPOCONDRE DROIT -

Il s'agit bien entendu des douleurs provoquées par l'examen, car nous avons déjà détaillé les douleurs spontanées. Ce chapitre s'est révélé à nous par sa discrétion, alors que nous espérions trouver, au début de notre étude, un grand nombre de cas, chez ces malades patraques du côté digestif.

Pour l'abdomen sensible, huit observations seulement, quatre dans l'allergie tuberculinique et quatre dans celle à Candida.

Pour les douleurs localisées simplement dans l'hypocondre droit, un peu plus, quatorze cas en tout, prédominant nettement dans le syndrome avec migraines (douze cas contre deux). A part ça nous ne voyons rien de spécial à signaler dans ce chapitre.

O. LES OPERATIONS SUBIES PAR NOS MALADES -

Nous ouvrons là un chapitre délicat, car nous ne possédons souvent que le type de l'intervention, mais nous ignorons à peu près systématiquement dans quelles circonstances exactes elles ont été pratiquées. Nous nous ne doutons que toutes aient eu en vue d'améliorer l'état dyspeptique de nos malades, mais les résultats sont malheureusement inefficaces.

Le tableau n° 19 nous donne la liste des malades qui a eu à subir des interventions. Il comprend autant d'hommes que de femmes mais avec une nette prépondérance des malades souffrant d'une allergie tuberculinique avec syndrome douloureux cranien. (six cas sur les dix-huit observés).

Quant au type de l'intervention, l'appendice a été sacrifié onze fois et nous avons naturellement exclu de ce nombre les appendicites dites aigues et les péritonites appendiculaires.

Les interventions sur les voies biliaires viennent en second rang, avec six cas, dont deux seulement ont été pratiquées pour des lithiases, (observations n° CXVI et CXXXVIII), et ont eu pour conséquences d'améliorer le syndrome pendant quelques mois ; deux ne portent aucune précision, mais n'ont rien modifié à l'état du malade et deux, sans plus de résultats heureux, précisent qu'il s'agit, dans un cas, d'une vésicule non lithiasique et qu'on a fait un sphinctérotomie, l'autre ayant subi, entr'autres, une cholecystostomie en 1939 et une cholecystectomie pour une "vésicule enflammée non lithiasique" en 1946.

Viennent ensuite les laparotomies exploratrices, dont nous n'avons que deux cas et qui ont été pratiquées pour des ventres aigus. Nous ne savons pas quelles quantités d'appendicectomie devraient en fait être ajoutées ici.

Nous avons aussi deux interventions sur le rein, l'une une lithiase rénale qui a amélioré le malade pendant quelques temps, l'autre une nephrectomie pour tuberculose rénale ayant entraîné les troubles.

Enfin signalons, une gastrectomie abusive et une vagotomie bilatérale qui n'a eu aucun effet thérapeutique heureux.

P. LES IMAGES RADIOLOGIQUES -

Nous nous sommes engagés au début de notre étude à détailler ce paragraphe, en fait nous avons seulement retrouvé trois lithiases vésiculaires dont deux seulement ont été opérées. Deux autres observations font mention d'une vésicule atome s'évacuant très mal (Observations n° XIV et CVIII). Il n'y a aucun élément intéressant à retirer de cela. Nous n'avons malheureusement pas d'études du transit digestif avec hyperkinésie de tout le tube et nous le regrettons. Cette étude commence à être faite systématiquement chez les malades les plus intéressants lorsqu'ils sont hospitalisés, mais nous n'en avons pas à publier.

Q. LES SIGNES MINEURS -

Ce sont tous les autres que nous avons retrouvés dans dix pour cent des cas et au-dessous et dont nous ne voyons pas l'intérêt. Citons :

Les aphtes, que nous avons retrouvés dans onze cas avec une fréquence sensiblement égale dans l'allergie au Candida et à la Tuberculine ;

L'intolérance alimentaire signalée par les malades qui nous ont signalé ne pas pouvoir digérer tel ou tel aliment. Nous l'opposons à l'allergie alimentaire vérifiée d'une manière scientifique, dont nous avons seule tenue compte.

CANDIDA		TUBER-CULINE.		MIXTE.		OBSERVATIONS	TYPES D'OPERATIONS SUBIES PAR NOS MALADES.
MIGRAINES	SANS MIG.	MIGRAINES	SANS MIG.	MIGRAINES	SANS MIG.		
	F					XXXI	APPENDICECTOMIE.
F						XXXVI	CHOLECYSTECTOMIE.
				F		L	APPENDICECTOMIE; CHOLECYSTOSTOMIE; CHOLE-CYSTECTOMIE; VAGOTOMIE BILATERALE.
		H				LXXXIV	APPENDICECTOMIE.
		F				XCVI	LITHIASE RENALE.
	H					CI	APPENDICECTOMIE.
		F				CVII	APPENDICECTOMIE.
		F				CXI	APPENDICECTOMIE.
					F	CXIII	CHOLECYSTECTOMIE.
		H				CXVII	LAPAROTOMIE EXPLORATRICE; CHOLECYSTECTOMIE & SPHINCTEROTOMIE.
			H			CXXX	GASTRECTOMIE.
		H				CXXXI	NEPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RENALE AYANT ENTRAINEE LES TROUBLES DIGESTIFS.
				F		CXXXVI	APPENDICECTOMIE.
		F				CXXXVIII	CHOLECYSTECTOMIE.
		H				CXLIV	APPENDICECTOMIE.
				H		CXLVII	APPENDICECTOMIE
					H	CLVI	APPENDICECTOMIE; LAPAROTOMIE EXPLORATRICE CHOLECYSTECTOMIE.
		F				CLIX	APPENDICECTOMIE.

TABLEAU Nº I9.

LES DIFFERENTES INTERVENTIONS CHIRURGICALES PRATIQUEES POUR AMELIORER LE SYNDROME. —

TABLEAU N° 20

Tableau Récapitulatif des 92 Observations

			Migraines	Vomissements	Douleurs épigastriques	Constipation	Diarrhée	Crises abdominales	Allergie alimentaire	Céphalées	Urticaire	Brûlures Epigastriques	Nausées	Malades opérés	Asthénie	Eczéma	Hypochondre droit douloureux	Ballonnement	Aphtes	Intolérance Alimentaire	Oedème de Quincke	Abdomen sensible	Sang dans les selles	Pollinoses
SANS MIGRAINES	TUBERCULINE	H		3	4		1	1	1		1	3	3	1		1		1			1		1	1
	CANDIDA	H		1	3	2	3	4	1		2	2		1		4	1	2	1	2	2		1	2
	MIXTE	H												1										
	TUBERCULINE	F			1	1	2	1	2		1	1			1		1		2			1		1
	CANDIDA	F				2	3		1		2			1				2	1				1	
	MIXTE	F		1		1			1					1	1			1						
	TOTAL TUBERCULINE			3	5	1	3	2	3		2	4	3	1	1	3	1	1	2		1	1	1	2
	TOTAL CANDIDA			1	3	4	6	4	2		4	2		2		4	1	4	2	2	2		2	2
	TOTAL MIXTE			1		1			1					2	1			1						
AVEC MIGRAINES	TUBERCULINE	H	9	3	5	1	2	7	2	5	3	3	4	4	1		3	3	1	1		3	2	1
	CANDIDA	H	10	5	4	5	2		4	7	2	4	3		2	4	2	1	2	2		2		1
	MIXTE	H	3	1	1	1	2		2	1	1	1		1		1		1	2		2			
	TUBERCULINE	F	11	5	6	4	6	8	5	6	1	2	5	5	4	2	2	2		2	1		2	
	CANDIDA	F	12	9	3	9	2		2	2	7	3	4	1	5	3	4		2	3	2	2		1
	MIXTE	F	3	2	1		1	2	1	1	2			2	2		1			1	1			
	TOTAL TUBERCULINE		20	8	11	5	8	15	7	11	4	5	9	9	5		5	5	1	3	1	3	4	1
	TOTAL CANDIDA		22	14	7	14	4		6	9	9	7	7	1	7	7	6	1	4	5	2	4		2
	TOTAL MIXTE		6	3	2	1	3	2	3	2	3	1		3	2	1	1	1	2	1	3			
TOTAL	TUBERCULINE	H	9	6	9	1	3	8	3	5	4	6	7	5	1	1	3	4	1	1	1	3	3	2
	TUBERCULINE	F	11	5	7	5	8	9	7	6	2	3	5	5	5	2	3	2	2	2	1	1	2	1
	CANDIDA	H	10	6	7	7	5	4	5	7	4	6	3	1	2	8	3	3	3	4	2	2	1	3
	CANDIDA	F	12	9	3	11	5		3	2	9	3	4	2	5	3	4	2	3	3	2	2	1	1
	MIXTE	H	3	1	1	1	2		2	1	1	1		2		1		1	2		2			
	MIXTE	F	3	3	1	1	1	2	3	1	2			3	3		1	1		1	1			
	TOTAL		48	30	28	26	24	23	23	22	22	19	19	18	16	15	14	13	11	11	9	8	7	7

TABLEAU N° 20 (Suite)

Tableau Récapitulatif des 92 Observations

			Hémorroïdes	Nervosisme	Action de Mycostatine	Action des enzymes digestifs	Allergie familiale	Influence des Règles	Images Radiologiques	Conjonctivite	Digestion difficile	Troubles visuels prémigraineux	Glaires et fausses membranes	Soif	Palpitations	Prurit anal	Prurit	Action du Régime	Influence Saisonnière	Frilosité	Asthme	Ecchymoses faciles	Action des cholagogues	Sinusites	Intolérance médicamenteuse
SANS MIGRAINES	TUBERCULINE	H												1						1					
	CANDIDA	H	1		1		1				1				1	1									
	MIXTE	H							1																
	TUBERCULINE	F											1				1							1	
	CANDIDA	F	1	2	1	2							1			1					1				
	MIXTE	F						1																	1
TOTAL	TUBERCULINE												1	1			1			1				1	
	CANDIDA		2		2	2	1				1		1		1	2					1				
	MIXTE							1	1																1
AVEC MIGRAINES	TUBERCULINE	H							1	1	1		1												
	CANDIDA	H		2	1		1		2	1	1	2		2				1		1			1		
	MIXTE	H		1						1	1						1								
	TUBERCULINE	F						1							1				1		1	1			
	CANDIDA	F	3		2	3	1	2		1		2	1		1			1	1						
	MIXTE	F					1																		
TOTAL	TUBERCULINE			2				1	1	1	1		1		1				1			1			
	CANDIDA		3	2	3	3	2	2	2	2	1	4	1	2	1			2	1	1	1		1		
	MIXTE			1			1			1	1						1								
TOTAL	TUBERCULINE	H							1	1	1		1	1						1					
	TUBERCULINE	F		2				1					1		1				1			1		1	
	CANDIDA	H	1	2	2		2		2	1	2	2		2	1	1	1	1		1			1		
	CANDIDA	F	4		3	5	1	2		1		2	2		1	1		1	1		2				
	MIXTE	H		1						1	1						1								
	MIXTE	F					1	1	1																1
TOTAL			5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1

L'action bénéfique des enzymes digestifs et de la Mycostatine qui n'ont agi que dans cinq cas d'allergie à Candida.

Le nervosisme, les crampes, les hémorroïdes se manifestant par des hémorragies que nous avons retrouvées cinq fois également.

Ont été quatre fois retrouvés, la présence de glaires et de fausses membranes dans les selles ; de la conjonctivite ; des digestions difficiles ; des antécédents allergiques familiaux ; des digestions difficiles et longues ; l'influence cataméniale.

Les palpitations et les coups de soif n'ont été retrouvés que trois fois quant à la frilosité, le prurit anal, les sinusites fréquentes, le prurit, les intolérances médicamenteuses, l'influence saisonnière, l'action du régime et des cholagogues, ils n'ont été retrouvés que deux fois.

Nous voici arrivés au terme de cette étude que nous avons voulu la plus complète et la plus précise que possible, nous pensons qu'il est utile de publier un grand tableau récapitulatif des quatre-vingt douze cas retenus. Tout se trouve sur ce tableau, aussi bien la fréquence de chaque signe, que la fréquence selon l'allergène, selon le sexe, selon le syndrome. C'est le tableau n° 20.

TROISIÈME PARTIE

LE DIAGNOSTIC

I. LES PRINCIPES GENERAUX -

Les malades doivent être naturellement examinés en premier lieu dans une consultation de Gastro-Entérologie. Il va sans dire que l'examen clinique doit être complet, de la palpation abdominale au toucher rectal, en passant comme il se doit par un examen clinique général.

La recherche des antécédents sera particulièrement poussée, tant sur le plan digestif pur (existence d'une lésion organique du tube digestif, appréciation de l'imprégnation éthylique de l'individu).

Les examens complémentaires classiques seront également demandés, d'abord biologiques :

Sanguins : Hémogramme, Vitesse de Sédimentation, Azotémie, Glycemie, B.W.

Urinaires : Recherche et dosage du sucre et de l'alumine.

Si nécessaire, on demandera également une électrophorèse, les tests de Floculation hépatique, le dosage de Transaminases, du Cholestérol, du Taux de Prothrombine, de la Bilirubinémie ; un dosage des ferments pancréatiques ; un examen complet des selles émises au laboratoire pour la recherche des parasites.

Les examens radiologiques ne seront pas oubliés : Transit digestif, Lavement baryté ; Cholecystographie ; Téléradiographie pulmonaire.

Enfin les examens endoscopiques courants : suivant les cas, on pratiquera une gastroscopie, une rectoscopie, une laparoscopie.

Tous ces examens ont pour but d'éliminer une affection organique et ce n'est que lorsqu'ils auront tous été pratiqués et que leurs résultats auront été jugés insuffisants pour expliquer les troubles en cause, que l'on sera autorisé à adresser la malade à une consultation d'allergologie pour poursuivre les investigations.

II. LES METHODES -

Les tests allergiques cutanés sont pratiqués sous la conduite du Professeur Agrégé Charpin, soit à la Consultation d'allergologie de l'Hopital Saint-Joseph, de l'Hopital de la Timone, du Centre médical de la gare Saint-Charles, soit au cabinet de l'un de ses élèves : les Docteurs J. Aubert et Zafiropoulos à Marseille, le Docteur M. Blanc à Aix-en-Provence.

Tous les malades que nous avons retenus ont été testés dans l'un de ces centres et tous l'ont été avant le premier janvier 1961.

A. LES TESTS A CANDIDA -

Les tests ont été pratiqués soit avec des solutions de Candidine de l'Institut Pasteur, à la fois avec au millième et au dix millième (ce que nous exprimons dans nos tableaux, respectivement par les chiffres : 3/, 4/) ; soit avec des extraits de Candida Albicans américain (Hollister Stier), solution également aux mêmes concentrations.

Les résultats pratiqués nous ont prouvé qu'il n'y avait pas de différence dans les deux solutions quant au diagnostic et à la conduite du traitement de désensibilisation.

La technique est simple : il suffit de pratiquer, une intradermoréaction, soit à la face externe du bras, soit à la face antérieure de l'avant-bras des deux concentrations, de l'une ou l'autre solution.

B. LES TESTS A LA TUBERCULINE -

Le test à la Tuberculine se pratique toujours après un interrogatoire minutieux recherchant les antécédents bacillaires, respiratoires ou autres et un examen radioscopique du thorax pour dépister une tuberculose évolutive qui serait naturellement une contr'indication formelle à la pratique du test. En revanche, la constatation de séquelles parenchymateuses ou ganglionnaires calcifiées est un excellent élément d'orientation.

On utilise la Tuberculine de l'Institut Mérieux diluée au millième, soit la solution du commerce étendue au dixième. On pratique une injection sous-cutanée à la face externe du bras gauche, de quinze centièmes de millilitres, mais cette dose peut en pratique varier de dix centièmes à trente centièmes sans que cela influe notablement sur le résultat de la réaction.

L'injection intradermique a été rejetée, car en cas de réaction importante, elle peut amener une nécroseétendue au point d'injection.

III. LES RESULTATS -

A. LE CANDIDA -

1/ La réaction Précoce.

Elle se lit dans les minutes qui suivent la pratique du test et de la manière suivante : on donne d'abord la dimension de la papule originelle ; puis la dimension de la papule urticarienne, blanchâtre, concentrique et naturellement périphérique enfin le diamètre de la rougeur qui entoure ces deux papules.

Cette réaction précoce est en principe sans valeur et à plus forte raison lorsqu'elle est isolée. Cependant pour bien montrer combien ces problèmes sont complexes et encore ignorés relatons ici l'observation suivante.

Observation n° CLIX. Mr. GU.

Il s'agit d'un malade de quarante trois ans qui est venu consulter le Professeur H. Sarles pour un suintement rectal permanent datant du début de l'année 1960. Il n'y avait au niveau de son anus aucune lésion locale, en particulier pas d'eczéma, la rectoscopie était normale. Le malade se plaignait en outre de ballonnement et de brûlures épigastriques.

Les tests pratiqués par le docteur Aubert ont donné les résultats suivants :

Candida	Réaction précoce	Réaction tardive
Solution 1/1 000	5/ 20/ 50.	Négative
Solution 1/10 000	5/ 20/ 30.	Négative
Tuberculine	Négative.	

Il a été décidé de pratiquer à titre d'essai, une vaccination au Candida : même en faisant varier les doses, on est seulement arrivé à augmenter l'écoulement anal.

Le malade a été renvoyé au Pr Sarles qui l'a mis purement et simplement à la Mycostatine et l'écoulement a disparu (mai 1961). Ceci est en faveur du rôle de l'infestation due au Candida Albicans.

2/ La réaction tardive.

C'est en fait la seule dont on tienne compte actuellement, sans critère scientifique certains d'ailleurs, mais par ce que l'expérience a montré qu'elles étaient les seules à être parfois améliorées par les vaccinations.

Elle se lit quarante-huit heures après avoir pratiqué le test de la manière suivante :

On mesure le diamètre de la rubéfaction secondaire à la vaccination. Ce diamètre s'exprime de la manière suivante :

moins de dix millimètres : +

de dix à vingt millimètres : ++

de vingt à trente : +++

de trente à quarante ++++ etc., etc.

Il s'y associe la plus part du temps un prurit plus ou moins important dont on tient le plus grand compte.

Pratiquement, on vaccine tous les malades qui ont une réponse tardive à deux croix et à plus forte raison s'ils ont du prurit. Mais le fait d'avoir des réponses violemment positives n'augure pas forcément du succès de la vaccination. Exemple :

Observation n° XXVI. Mme DE.

Il s'agit d'une femme de 35 ans qui souffre depuis l'âge de 25 de migraines avec exacerbation prémenstruelle, accompagnées de nausées et de vomissements.

Cette malade présente en outre des coups de soif, un mal des transports, des antécédents allergiques familiaux, des sinusites fréquentes, enfin notons qu'elle a été appendicectomisée pour une raison que nous ignorons et qu'elle a été légèrement améliorée par les enzymes digestifs.

Les tests pratiqués avec de la Candidine par le docteur Zafiropoulos, ont donné une très violente réaction tardive puisque la rougeur avait un diamètre de cinq centimètres avec la solution au dix millième.

On a tenté un essai de désensibilisation sur cette malade : ce fut un échec.

Notons cependant en passant que nous n'avons pas retrouvé de coups de soif dans l'allergie à Candida, pas plus que d'exacerbation prémenstruelle des troubles, ni de mal des transports, ni de sinusite. Quant aux antécédents allergiques familiaux nous ne les retrouvons que dans 5 % des cas (soit 2 malades).

On peut donc dire que en dehors des migraines, cette malade ne présentait aucun des signes cliniques que nous avons relevés, mais nous n'avons jamais prétendu que toutes les migraines étaient expliquées par une allergie à la Tuberculine ou au Candida.

B. LA TUBERCULINE -

La réaction d'un test cutané à la Tuberculine se lit quarante huit heures plus tard.

On recherche trois sortes de signes :

a) La réaction locale : elle manque rarement, même lorsque le test est jugé dans son ensemble négatif. Elle est souvent si importante que nous avons vu que l'on préfère actuellement l'injection sous-cutanée à l'injection intradermique. Elle se mesure en millimètres, en portant, comme pour le Candida une croix pour dix millimètres. Lorsqu'elle existe seule, elle est insuffisante pour autoriser une vaccination.

b) La réaction générale : elle est à ce point de vue beaucoup plus caractéristique. Elle est essentiellement constituée par un syndrome pseudogrippal :

Fièvre plus ou moins élevée, pouvant aller jusqu'à 39°, mais se situant dans l'ensemble aux alentours de 38°.

Céphalées, moins fréquentes que le petit clocher fébrile et à ne pas confondre avec la réaction syndromique.

Courbatures enfin qui terminent ce tableau.

c) La réaction syndromique : le test reproduit une crise habituelle. C'est le témoin le plus sûr et le plus satisfaisant intellectuellement, mais c'est malheureusement le moins constant.

Un test est déclaré positif, lorsque la réaction globale comprend, soit soit une réaction locale et une réaction syndromique,
soit une réaction locale et une réaction générale (c'est le cas le plus fréquent)
soit une réaction locale, générale et syndromique.

Un test positif ne signifie nullement que le malade est allergique au sens thérapeutique du terme à la Tuberculine, mais simplement qu'une désensibilisation spécifique peut être tentée.

Une réaction syndromique est donc souhaitable, mais elle ne signifie pas forcément une amélioration par la tuberculinothérapie. Exemple :

Observation n° CLXII. Mme CE.

Il s'agit d'une malade de quarante ans, venue consulter au début de l'année 1960 pour des vomissements continus, survenant le matin et malgré le "régime". Une hystérectomie pour fibrome (hystérectomie subtotale) a été pratiquée en août 1959.

Depuis un an, la malade souffre de céphalées pratiquement quotidiennes, exacerbées surtout la nuit et accompagnées des vomissements matinaux. La malade ne vomit pas ses repas. Ces céphalées sont calmées par de l'Optalidon, à raison de un suppositoire par jour. Il n'y a pas de variation géographique, pas plus que d'autres signes habituellement recherchés (Frilosité, ecchymoses, mal des transports, soif, eczéma, asthme). Toutes les autres investigations sont normales chez cette malade.

Les tests ont été pratiqués à la mi-février 1960, ils ont donné les résultats suivants :

Candida	Réaction tardive.
1/ 1 000	Papule de 10 millimètres (++) et prurit violent
1/ 10 000	Papule de 7 millimètres (+) et prurit violent.

Tuberculine

Réaction locale : ++

Réaction générale : Température à 37°7

Réaction syndromique : Exacerbation de la céphalée et des vomissements, mais calmés par l'Aphilan-R.

De mars à avril une désensibilisation au Candida est entreprise, elle améliore un peu les vomissements et les céphalées, mais cette amélioration étant insuffisante, on y adjoint, début mai une désensibilisation tuberculinique. Cette association paraît avoir de bons résultats, mais un mois plus tard, reprise progressive du syndrome et la désensibilisation est abandonnée. (la dernière injection est pratiquée le 3 octobre 1960).

Nous avons suivi cette malade qui a fait en fait une tumeur cérébrale dont elle a été opérée. Signalons que nous avions fait faire, avant de pratiquer les tests, un électro-encéphalogramme et un examen du Fond d'œil et que tous deux étaient absolument normaux. Cette malade va actuellement très bien.

Inversement cependant, citons l'exemple suivant :

Observation n° CLXV. Mme LA.

Il s'agit d'une malade de cinquante ans qui avait déjà consulté en 1959 le Professeur Sarles pour des poussées diarrhéiques, avec des coliques fréquentes, presque quotidiennes. Cette malade présentait des douleurs de l'hypochondre droit, de plus en plus constante. A noter aussi une asthénie très importante.

Devant ce tableau, tous les examens, tant cliniques que paracliniques étant négatifs, on tenta une enquête allergologique. Elle fut complètement négative, mais devant ces troubles qui ressemblaient beaucoup à ceux des malades améliorés, une vaccination fut tentée. En vain.

Il nous paraît donc logique de conclure que si les tests, si imparfaits qu'ils soient, ne nous permettent pas de conclure formellement aux chances de succès d'une vaccination, leur négativité condamne, jusqu'à plus ample informée, la tentative d'une désensibilisation.

Avant de conclure ce chapitre, nous voudrions citer un exemple qui nous paraît digne d'intérêt, car il est à classer dans la catégorie des "Accidents de la Vaccination".

Observation n° CLXX. Mme BU.

Il s'agit d'une malade de quarante ans adressée à l'Hopital Saint-Joseph pour des douleurs de l'hypochondre droit. Toutes les explorations classiques ayant été pratiquées, il fut décidé de la tester. Les tests furent pratiqués avec la dose ordinaire de Tuberculine un mardi matin. Le jeudi matin, la malade fut convoquée au service d'allergologie avec sa feuille de température, et les tests furent jugés négatifs. Le jeudi soir, la température était montée à 38°5 et le vendredi après midi, alors que la température était encore à 39°, la malade faisait une hémorragie intestinale de sang rouge, (alors qu'elle n'en avait jamais

OBSERVATIONS	TESTS A CANDIDA ALBICANS .				TESTS A LA TUBERCULINE.		
	CANDIDA		CANDIDINE		REACTION LOCALE	REACTION GENERALE	REACTION SYNDROMIQUE.
	REACTION PRECOCE	REACTION TARDIVE	REACTION PRECOCE	REACTION TARDIVE			
I		4/ 0 3/ +		4/ + 3/ +			
XIV		3/ +++					
XVII		3/ +		3/ +++ 4/ ++			
XXI		3/ +					
XXXI		3/ +		5/ ++ 4/ +++			
XXXIV	4/ + 3/ +	4/ + 3/ +++	5/ + 4/ +	5/ ++ 4/ +++			
XXXV	4/ + 3/ +		5/ + 4/ +				
XXXVI		3/ +					
XXXVII					+	+	+
XLIII	3/ +		4/ + 3/ +				
XLV		3/ +		4/ + 3/ +			
XLVI		3/ ++	4/ + 3/ +	4/ ++ 3/ ++			
L		3/ ++	5/ + 4/ ++	5/ ++ 4/ +++	+++	+++	0
LI		3/ + 4/ +	3/ + 4/ +	3/ +++ 4/ +			
LIV		3/ ++ 4/ +		3/ +++ 4/ ++			
LVII	3/ +	3/ +					
LVIII	3/ +	3/ +					
LIX	3/ +	3/ +					
LX	3/ +	3/ +					
LXI		3/ ++ 4/ +					
LXII	3/ +	3/ +					
LXIV	3/ +	3/ +					
LXV		3/ +		3/ + 4/ +			
LXVII		3/ +	4/ +				

TABLEAU Nº 21.

OBSERVATIONS	TESTS A CANDIDA ALBICANS .				TESTS A LA TUBERCULINE.		
	CANDIDA		CANDIDINE		REACTION LOCALE	REACTION GENERALE	REACTION SYNDROMIQUE.
	REACTION PRECOCE	REACTION TARDIVE	REACTION PRECOCE	REACTION TARDIVE			
LXIX	3/ + 4/ +						
LXXIII	3/ + 4/ +						
LXXXII				4/ +	++	++	0
LXXXIV					++	+	+++
LXXXVII					+	+	
CII					+	+	
CIII		3/ ++					
CXV					++	++	+
CL		3/ ++			+++	++	
CXLII		3/ ++			+++	0	+++
CXLIX		3/ ++			+++	+	+++
CLIII					+	++	++
CLXX					+	+++	++++

TABLEAU Nº 22.

TABLEAUX Nº 2I & 22 : RESULTATS DES TESTS DES MALADES

CONSIDERES COMME GUERIS OU AMELIORES.

LEGENDE DES TABLEAUX Nº 2I, 22 & 23 :

LES CHIFFRES : 3/; 4/ ; 5/ ; EXPRIMENT LA CONCENTRATION DU PRODUIT INJECTE: I/I.000; I/I0.000; I/I00.000

LES + L'INTENSITE DE LA REACTION MESUREE EN MILLIMETRES:

+ : DE 0 A I0 MM

++ : DE I0 A 20 MM ETC...

POUR LES REACTIONS GENERALES ET SYNDROMIQUES :

+ : REACTION MOYENNE ; ++ REACTION FORTE ; +++ REACTION TRES FORTE.

OBSERVATIONS	TESTS A CANDIDA ALBICANS.				TESTS A LA TUBERCULINE.		
	CANDIDA		CANDIDINE				
	REACTION PRECOCE	REACTION TARDIVE	REACTION PRECOCE	REACTION TARDIVE	REACTION LOCALE	REACTION GENERALE	REACTION SYNDROMIQUE.
V	3/ +						
VII	3/ +						
VIII	4/ +++						
XV	3/ +	3/ +					
XVIII		3/ ++ 4/ +					
III	3/ + 4/ +						
XXIV		3/ +++ 4/ +					
XXVI				4/ ++++			
XXIX				4/ ++			
XLI	3/ + 4/ +	3/ ++ 4/ ++					
CLXXIII		3/ ++			+	++	+++
CLXXXI					+	+	
CLXXXII					+	+	
CLXXXIII					+	+	
XLIX	3/ +	3/ +++	4/ + 3/ +	4/ +++ 3/ +++	+	+	+
CLXXXIV					+		+
CLXXXV		4/ ++			+		++
XLIV		3/ +					
CLXXXVI					+	+	
CXII		3/ +			+	+	
XCIV					+	+	
CLXXXVII	3/ +	3/ +	4/ +	4/ +			
XXXVIII		3/ +		4/ +			
CLXXI		3/ ++					
XLII	4/ + 3/ +		4/ + 3/ +				
CLXXIV		3/ +			++	+++	
XXII	4/ + 5/ 0		4/ +++ 5/ ++				
CLXXII		3/ +++ 4/ +					
XXXVIII		3/ +		4/ +			

TABLEAU Nº 23. RESULTATS DES TESTS DES MALADES CONSIDERES COMME DES ECHECS.

fait). Le samedi matin, le Professeur Sarles faisait une rectoscopie à cette malade, et cet examen révélait une rectite hémorragique s'arrêtant à la jonction rectosigmoidienne. Il y eut encore quelques selles rouges le samedi et une rectoscopie pratiquée le lundi matin était strictement normale.

QUATRIÈME PARTIE

LES PROBLÈMES THÉRAPEUTIQUES

I. LES THERAPEUTIQUES MAJEURES -

Il s'agit essentiellement de la pratique de la désensibilisation par vaccination. Celle-ci a d'ailleurs un double but, d'une part d'améliorer les malades, d'autre part de prouver que les syndromes dont ils souffrent sont curables par la désensibilisation, et donc ont de fortes chances d'être secondaires à une allergie tuberculinique ou à Candida Albicans.

Ce test thérapeutique est en effet fondamental, et nous avons vu, tout au long de notre étude que les tests ne peuvent être que des examens d'orientation, la preuve de l'origine du syndrome ne se fait, que lorsque six semaines après le début de la vaccination (au plus tard) l'amélioration se manifeste. Cette amélioration doit durer au minimum six mois et tous les cas que nous avons rapportés en ont une beaucoup plus longue au minimum un an et certaine quatre ans).

La technique consiste à injecter par voie sous-cutanée des doses minimes d'allergènes. On injecte ainsi un dixième de millilitre d'une solution au dix millionième de Tuberculine ou de Candida. Il n'y a bien entendu pas de doses standard, chaque dose doit être déterminée pour chaque malade en fonction de ses réactions personnelles : soit aggravation du syndrome, soit au contraire amélioration. Les dates des injections sont aussi à déterminer en fonction de chaque malade, en principe, on commence par deux ou quelques fois trois injections hebdomadaires, puis l'amélioration se manifestant, on augmente à la fois, les doses injectées et on les espace. On arrive ainsi à une injection par semaine, en moyenne au bout de trois mois de traitement. On s'attache alors à augmenter les doses ce qui prend souvent longtemps (plusieurs mois) et on passe ainsi des doses du dix millionième au cent millième. Il est très rare que l'on puisse aller plus haut, car si l'on franchit ce seuil, les troubles recommencent.

Une fois déterminé la dose au-delà de laquelle on ne peut pas monter, on essaye alors d'espacer les injections. On arrive ainsi à une injection tous les dix jours, une par quinzaine, une toutes les trois semaines ou même, rarement il est vrai, une fois par mois. Dans ces derniers cas, le traitement est très bien supporté par le malade qui l'accepte volontiers alors que les injections fréquentes associées à la lenteur de l'amélioration du début du traitement font que beaucoup de malades abandonnent soit sans attendre le délais des six semaines dont nous avons parlé, soit abandonnent dès les premières améliorations.

Nous abordons ainsi le problème de l'arrêt du traitement. Quand arrêter un tel traitement ? Quand le malade peut s'en passer. Ceci ressemble fort à une lapalissade, mais nous n'avons aucun critère scientifique qui puisse

nous guider sur la date de l'arrêt éventuel du traitement. A force d'espacer les injections, on est autorisé à dire au malade de ne plus se faire vacciner et d'attendre. Il n'est pas rare que dans ces cas, quelques mois plus tard, environ cinq ou six, le syndrome réapparaisse, discrètement d'abord, puis avec de plus en plus d'intensité et qu'il faille reprendre la désensibilisation, en reconsidérant parfois les résultats des tests et en ne craignant pas d'associer les deux allergènes, même si les réactions de l'un d'entr'eux sont discrètes, au cas où la désensibilisation avec un allergène ne donne pas les résultats escomptés.

Comme on le voit on est en plein empirisme.

II. LES THERAPEUTIQUES MINEURES -

Nous avons suffisamment insisté au cours de l'étude de la symptomatologie sur la fréquence de l'allergie alimentaire associée pour ne pas y revenir ici et déplorer une fois encore que tous les malades ne soient pas testés du côté alimentaire en même temps que cutanés. Nous sommes certains que l'allergie concommittante est plus importante en fait, que ne veut bien le laisser supposer notre tableau.

L'allergie alimentaire découverte, il conviendra de désensibiliser le malade aux deux allergènes soit par l'exclusion définitive du régime, soit par son exclusion momentanée et sa réintroduction après quelques mois de désensibilisation cutanée ; soit enfin par la pratique des régimes tournants.

L'allergie alimentaire découverte, il conviendra de désensibiliser le malade aux deux allergènes, soit par l'exclusion définitive du régime, soit par son exclusion momentanée et sa réintroduction après quelques mois de désensibilisation cutanée, soit enfin par la pratique des régimes tournants.

Mais ces malades doivent bénéficier aussi des ressources de la pharmacologie actuelle.

Nous pouvons diviser ces médicaments en deux groupes :

les uns destinés à remonter l'état général des malades et nous avons vu au cours de notre étude qu'il est souvent déficient ; et nous conseillons suivant le cas, la prise d'un eutrophique (type GASTRO-PYLORE), ceci chez nos malades amaigris ; soit d'un stimulant cortico surrénalien chez nos malades asthéniés (type CORTINE NATURELLE ET VITAMINE C).

A côté de ces deux médicaments, nous avons pu constater l'efficacité de la MYCOSTATINE, qui si elle n'agit que peu dans l'allergie à Candida Albicans pure, reste cependant un accessoire précieux du traitement.

De même, l'association, d'un cholérétique, pris le matin à jeun (DRIOL), d'un enzyme digestif pris au cours des repas (FESTALE) et d'un antihistaminique pris le soir au coucher (APHILAN-R) aident beaucoup à l'amélioration du syndrome, associés naturellement à une vaccination.

CINQUIÈME PARTIE

CONCLUSION

L'allergie tuberculinique a été bien étudiée par Burnand et Jacquelin, à peu près à la même époque. Ils ont rapportés des faits intéressants, mais n'ont pas parlé des troubles digestifs.

L'allergie à Candida Albicans a été bien étudiée par Sclafer qui en a bien précisé son tableau.

Ces notions sont cependant encore peu répandues et très discutées car il est difficile de faire la preuve du mécanisme réel, c'est-à-dire du conflit allergène-anticorps. Le diagnostic repose :

soit sur l'existence de tests cutanés positifs à des extraits de ces micro-organismes ;

soit ce qui est déjà plus sérieux, sur la reproduction des troubles par l'injection des toxines : c'est la réaction syndromique ;

soit par la guérison ou l'amélioration significative des troubles après désensibilisation par des micro-doses.

Nous avons repris ce problème en nous fondant sur observations de malades du Professeur Agrégé Sarles et du Docteur Roger Sarles, testés à la Consultation du Professeur Agrégé Charpin, ou par ses élèves, les Docteurs Zafiropoulos, Aubert et Blanc.

Nous avons, à tort ou à raison, admis comme certitude d'allergie à la Tuberculine ou au Candida Albicans, la guérison ou l'amélioration importante des troubles par la désensibilisation se manifestant depuis au moins six mois.

Si ce critère pratique est impropre sur le plan théorique, il n'en reste pas moins que ces malades atteints par des troubles qui souvent entravaient considérablement ou complètement leur activité, ont pu reprendre une vie normale grâce à une thérapeutique considérée comme allergologique, le recul permettant d'éliminer l'effet psychothérapique de tout acte médical quel qu'il soit.

Quarante de ces malades, souffraient d'une allergie à la Tuberculine, quarante deux d'une allergie à Candida Albicans, et dix de l'association des deux.

La part des migraines et des céphalées dans ces syndromes est extrêmement importante, puisqu'elle atteint 69 % de nos malades souffrant d'une allergie tuberculinique et 78 % de ceux qui souffrent d'une allergie à Candida Albicans ; si importante même que nous n'avons pas craint de diviser nos quatre-vingt douze observations en syndrome digestif associé ou non à un syndrome douloureux cranien.

C'est ainsi que dans l'allergie tuberculinique, associés au syndrome cranien, prédominent nettement :

- les crises abdominales douloureuses, dont aucun des auteurs qui se sont occupés de la question n'ont mentionné l'existence et qui sont si importantes qu'elles ont conduit plusieurs de nos malades sur la table d'opérations ; le nom du chirurgien opérant suffisant à nous garantir la nécessité de l'intervention ;
- l'asthénie ;
- les douleurs provoquées de l'hypocondre droit ;
- le balonnement ;
- la constipation.

En revanche, lorsqu'il n'y a pas de syndrome douloureux cranien, nous avons retrouvé plus fréquemment :

- les douleurs épigastriques ;
- les brûlures épigastriques ;
- l'urticaire ;
- l'eczéma ;
- l'œdème de Quincke ;
- les hémorragies intestinales.

Dans l'allergie à Candida Albicans, le tableau est encore plus tranché, et avec le syndrome douloureux cranien, prédominent largement :

- les vomissements ;
- l'eczéma ;
- les douleurs de l'hypocondre droit ;
- l'abdomen sensible à la palpation ;
- la constipation.

Lorsqu'il n'y a pas de syndrome douloureux cranien, nous avons retrouvé plus fréquemment :

- les crises abdominales douloureuses ;
- la diarrhée ;
- l'urticaire ;
- le ballonnement ;
- la constipation.

Cependant, si les syndromes douloureux cranien sont à peu près également répartis dans l'allergie à Candida Albicans et à la Tuberculine, il s'en faut que les deux syndromes soient identiques en tout point :

Dans l'allergie tuberculinique, prédominent largement :

- les crises abdominales aigues ;
- l'asthénie ;
- les nausées ;
- la proportion des malades opérés sans succès.

En revanche, dans l'allergie à Candida Albicans, on rencontre plus souvent :

- les vomissements ;
- l'urticaire ;
- l'eczéma et la constipation.

BIBLIOGRAPHIE

AUDIBERT VICTOR - Marseille médical mars 1914.

AUDIBERT VICTOR - Marseille médical mai 1914.

AUDIBERT VICTOR - Marseille médical avril 1931.

BURNAND RENE - Les syndromes d'imprégnation tuberculinique. Paris 1938.

BURNAND RENE - Le problème des tuberculoses atypiques Paris Lausanne 1946.

JACQUELIN ANDRE - Les tuberculoses atypiques. Paris 1939.

RUIZ MORENO - "Alergia por Candida Albicans".
La Semana Médica ; Buenos-Aires 2 de Enero 1958.

SCLAFER - "L'Allergie à Candida Albicans".
Semaine des Hôpitaux de Paris 6 Avril 1957.

TABLE DES OBSERVATIONS PUBLIÉES

Numéro de l'observation	Pages
XVII	34
XXVI	71
XXXVII	34 / 37 / 47
XLVI	52
L	57
LXI	46
LXIV	39
LXXIII	49
LXXXIV	44 / 49
XCII	38
CII	61
CIII	46 / 49
CV	59
CVII	40
CXIII	38 / 49
CXVII	61
CXVIII	43
CXXVI	40
CXXVII	40
CXXX	40
CXXXV	37 / 49
CXLI	32 / 39
CXLVII	37
CLIII	53
CLIX	70
CLXII	72
CLXIV	39
CLXV	73
CLXX	73
CLXXX	56
CLXXXI	62

TABLE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Numéro	Titre	Pages
1	L'Allergie au Candida selon Sclafer	16
2	Les manifestations cliniques de l'Allergie. à Candida, à la Tuberculine et mixte.....	22 - 23
3	Age des malades	24
4	Age des malades dans l'Allergie à Candida	25
5	Age des malades dans l'Allergie à la Tuberculine .	25
6	Comparaison entre les Allergies à Candida et à la Tuberculine	26 - 27
7	L'Allergie Tuberculinique : comparaison des syndromes avec ou sans Syndrome douloureux cranien	28 - 29
8	L'Allergie à Candida : comparaison des syndromes avec ou sans Syndrome douloureux cranien ...	30 - 31
9	Tableau analytique des âges des malades	35
10	Questionnaire envoyé au malade	36
11 & 12	Comparaison entre brûlures et douleurs épigastriques	41 - 42
13	L'Allergie Alimentaire, l'Allergie à Candida et à la Tuberculine et la Diarrhée	45
14	L'Allergie Alimentaire et l'Allergie à Candida et à la Tuberculine	48
15	Les Syndromes Allergiques classiques dans l'allergie à Candida	50
16	Les Syndromes Allergiques classiques dans l'allergie à la Tuberculine	51
17	Les Crises abdominales douloureuses	58
18	La répartition exacte des crises abdominales douloureuses	60
19	La répartition des malades opérés	65
20	Tableau récapitulatif des 92 observations	66 - 67
21 & 22	Résultats des Tests Allergiques chez certains malades considérés comme améliorés ou guéris ..	74 - 75
23	Résultats des Tests Allergiques chez certains malades considérés comme des échecs	76

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
1ère Partie : HISTORIQUE	10
A. Allergie à la Tuberculine	11
B. Allergie à Candida Albicans	15
2ème Partie : ETUDE SYMPTOMATOLOGIQUE	18
I. Les raisons d'une simplification	19
II. Etude de la symptomatologie clinique	21
A. Age	21
B. Les Syndromes douloureux craniens	21
C. Les Vomissements et les Nausées	37
D. Les Douleurs épigastriques	39
E. La Constipation	43
F. La Diarrhée	44
G. L'Allergie alimentaire	47
H. Les Syndromes Allergiques classiques	49
I. Les Brûlures épigastriques	55
J. Les Crises abdominales	56
K. Le Ballonnement	61
L. L'Asthénie	62
M. Le problème des Hémorragies intestinales	62
N. Les Douleurs de l'Abdomen et de l'Hypochondre droit	63
O. Les Opérations subies par nos malades	64
P. Les Images radiologiques	64
Q. Les Signes mineurs	64
3ème Partie : DIAGNOSTIC	69
I. Les principes généraux	69
II. Les méthodes	69
III. Les résultats	70

Pages

4ème Partie : LES PROBLEMES THERAPEUTIQUES 79

I. Les thérapeutiques majeures 79

II. Les thérapeutiques mineures 80

5ème Partie : CONCLUSION 81

Bibliographie 85

Table des Observations 87

Table des tableaux et des Figures 89

Lu et approuvé
Le Président du Jury,
P. POINSO

Vu et approuvé
Le Doyen,
G. MORIN

Vu et Permis d'imprimer
Aix, le 8 novembre 1961
J. BLACHE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

IMP. LOUIS-JEAN – GAP
Dépôt légal n° 237 – 1961